

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 104

INDICATIONS
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DANS LES
ENORMES POLYPES SPHACÈLÉS
DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1931

PAR

Paul - Ernest - Henri - EYMARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Grenoble (Isère) le 22 Juillet 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOVIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE D'ALBRET
G. ROULLEAU
100, COURS D'ALBRET, 100

1931

**THÈSE
DE
MÉDECINE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 104

INDICATIONS
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DANS LES
ENORMES POLYPES SPHACÈLÉS
DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1931

PAR

Paul - Ernest - Henri - EYMARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Grenoble (Isère) le 22 Juillet 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	
		PAPIN, agrégé	<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE D'ALBRET

G. ROULLEAU
100, COURS D'ALBRET, 100

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIERE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	CASSAET.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
id.	BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques gén.	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS
Anatomie pathol. et microsc. clin.	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMEN.
Anatomie générale et histologie ..	G. DUBREUIL
Physiologie	PACHON.
Hygiène	ACHE.
Médecine légale et déontologie ...	LANDE.
Electroradiologie et clinique d'élect. médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.

	MM.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	DUPERIE.
Clinique ophtalmologique	TEULIERE.
Clinique chirurg. infantile et orth.	ROCHER.
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique méd. malad. des enfants.	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale ...	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceut.	SIGALAS.
Médec. colon. et cliniq. des maladies coloniales.	BONNIN.
Clinique des mal. cutanées et syph.	PETGES.
Clinique des mal. des voies urin.	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerv. et ment.	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée..	LABAT.
Hydrologie thérapeut. et climatiq.	SELLIER.

MM. MICHELEAU, LEURET, (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
id.	DUFOUR.
Histologie	LACOSTE.
Anatomie pathologique	MURATET.
Physiologie	FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.
Médecine générale	CREYX.
id.	AUBERTIN.
id.	DAMADE.
id.	PIECHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales	PERRENS.

	MM.
Chirurgie générale	PAPIN.
id.	JEANNENE.
id.	CHARRIER.
id.	LOUBAT.
Obstétrique	PERY.
id.	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie ...	JOULIA.
Pharmacie	GOLSE.
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Clinique dentaire	CAVALIE.
Médecine opératoire	PAPIN.
Accouchements	PERY.

	MM.
Ophtalmologie	CABANNES.
Pharmacie chimique	GOLSE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes, MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profess. GOURDO.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend n'en leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE. — A MA MERE

*Que ce modeste ouvrage soit le
témoinage, bien faible, de
ma reconnaissance infinie.*

A MA FEMME.

*Le bonheur que tu as apporté
dans ma vie et tes délicates
intentions de chaque jour, ont
rendu ma tâche bien légère !*

A MES SŒURS. — A MES FRÈRES.

A MON BEAU-PÈRE.

A TOUS LES MIENS.

AU DOCTEUR EMILE DEMUR.

en souvenir de notre amitié.

A TOUS MES AMIS.

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
CROIX DE GUERRE,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR,

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*à qui revient l'idée première
de ce travail.*

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX,
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX,
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de
notre thèse.*

Indications du Traitement Chirurgical

DANS LES

Énormes Polypes Sphacelés de l'Utérus

AVANT-PROPOS

Avant de quitter notre vie d'étudiant, dont ce modeste travail marque la dernière étape, nous n'oublierons pas que si nous avons atteint assez aisément le but que nous nous étions fixé, nous le devons surtout à nos parents et à nos maîtres qui nous ont aplani bien des difficultés.

Aussi, bien plus que la tradition, nos sentiments de reconnaissance nous incitent à les remercier publiquement.

A notre père, d'abord, va notre reconnaissance infinie; sa vie entière, toute faite de travail, d'énergie et de sacrifices, sera toujours pour nous l'exemple que nous essaierons de suivre lorsque, bientôt, se dresseront devant nous toutes les embûches de l'existence. Jamais nous ne pourrons lui être assez reconnaissant des sacrifices qu'il s'est imposés pour nous permettre de réaliser nos espérances.

Nous assurons de tout notre amour filial notre mère, dont nous avons su apprécier le dévouement sans bornes et la tendre indulgence.

C'est un grand bonheur de pouvoir adresser à nos chers parents ce bien faible témoignage de notre affection.

Nous exprimons notre vive gratitude à tous nos maîtres de la Faculté de Bordeaux, et en particulier, à Monsieur le Professeur Guyot, dont nous avons toujours suivi, avec le plus grand intérêt, le précieux enseignement, et qui a bien voulu nous confier les documents inédits provenant de son service de l'Hôpital Boursier.

Monsieur le docteur Jean Villar nous a inspiré le sujet de notre thèse et a grandement facilité notre travail par les conseils qu'il ne nous a pas ménagés; nous lui adressons nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1930, deux malades entrèrent dans le service de Monsieur le Professeur Guyot, à l'hôpital Boursier, porteuses d'un énorme polype utéro-vaginal sphacélé; on pratiqua chez l'une et l'autre la polypectomie par voie vaginale : la première meurt le troisième jour après l'opération, la deuxième le lendemain de l'intervention après une nuit tout à fait bonne. Cette issue, assez peu attendue à la suite d'interventions relativement simples, attira particulièrement l'attention de Monsieur le docteur Jean Villar qui, se remémorant plusieurs cas analogues, nous fit l'honneur de nous confier une étude sur ces gros polypes utéro-vaginaux sphacélés.

Quoi de plus bénin, semble-t-il au premier abord, qu'un polype de l'utérus accouché dans le vagin ? Il semble s'offrir au chirurgien qui, l'agrippant solidement avec une pince robuste, l'attire à lui, va inciser le pédicule, désinfecte, draine avec une mèche et a confiance dans le meilleur résultat que l'on puisse espérer ! Et cependant

les cas tels que les deux que nous avons cités ne sont pas rares et nous verrons même que, lorsque le polype est gros et sphacélé, l'issue de la polypectomie est plus souvent fatale qu'heureuse.

Pour délimiter le cadre de notre étude, il importe avant tout de bien définir ce que nous entendons par *grès* polype utéro-vaginal; et nous croyons qu'il n'est guère possible d'en donner une définition meilleure que celle que Pozzi leur attribua dans l'étude qu'il publia en 1885 dans la *Revue de Chirurgie*. Décrivant trois stades dans l'évolution des polypes utérins, un premier stade où le polype reste intra-utérin, un deuxième, stade de polype à apparitions intermittentes, où la tumeur s'engage dans le canal cervical, et un troisième dans lequel le polype, passé dans le vagin, y demeure et s'y développe, il réserve la dénomination de « *polypes géants* » à ceux qui « *remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver jusqu'au pédicule, et ne peuvent franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres* ».

Nous limiterons donc notre étude à ces énormes tumeurs qui acquièrent un volume tel qu'elles dilatent le vagin, compriment les organes voisins, empêchent le doigt d'en dépasser l'équateur, et nécessitent pour leur extraction de véritables manœuvres obstétricales, ou même ne peuvent pas franchir la vulve sans que leur masse soit au préalable réduite.

Nous laisserons de côté, pour n'en parler qu'au diagnostic, les polypes cervico-labiés qui, prenant naissance sur le museau de tanche, n'ont jamais habité que le vagin, ainsi que les tumeurs de l'utérus non pédiculées qui peuvent acquérir un volume tel qu'elles remplissent et dilatent cavité utérine et vagin.

Nous diviserons notre travail en deux parties; dans une première partie, nous étudierons successivement l'histo-

rique de la question, l'étiologie et la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, les complications et le diagnostic des énormes polypes utéro-vaginaux. Nous réserverons la deuxième partie à l'étude du traitement et nous essayerons de faire un pronostic et de tirer quelques conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

I. — HISTORIQUE.

Si nous remontons à l'origine de l'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus, c'est dans les ouvrages de Levret (1749) que nous trouverons les premières descriptions des myomes utérins. Levret, déjà, avait observé et bien étudié ces énormes polypes qui, à son époque, étaient nombreux. Il faut lire son « *Mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin* », pour trouver de très belles descriptions de ces polypes géants qui apparaissaient à la vulve et sortaient même, pendant entre les cuisses, les femmes s'accommodant plus ou moins longtemps de ce piteux état.

En 1813, Bayle montre les rapports qui existent entre les polypes et la stérilité.

Boivin et Dugès, dans leur traité des maladies de l'utérus en 1835, insistèrent sur ces énormes polypes en présence desquels « le toucher peut devenir difficile et peu avantageux... laisse dans l'incertitude sur le lieu d'insertion

du pédicule et sur l'état de la matrice ». Déjà ils signalent que la grosse erreur de diagnostic est le renversement de la matrice, étudient ce diagnostic différentiel et publient quelques observations.

Dans sa thèse d'agrégation, en 1860, Guyon parle aussi de ces tumeurs qui peuvent acquérir un volume tel qu'on est très gêné pour arriver à en trouver le pédicule.

Quelques observations éparses ont été publiées par Verneuil et Nepveu (1869), Desprès et Berdinel (1875), Martin (1874).

Mais il faut arriver à Pozzi, en 1885, pour trouver le premier ouvrage d'ensemble qui ait été fait sur la question. A cette époque, Pozzi publia, dans la *Revue de Chirurgie*, un travail très intéressant « sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes) ». Il rapporte treize observations d'énormes polypes utéro-vaginaux opérés par polypectomie vaginale.

En 1898, Lejars communiqua à la Société de Chirurgie de Paris l'observation d'un énorme polype sphacélé opéré par Buffet. Dans la discussion à laquelle prirent part Bouilly, Pozzi, Quénu, Potherat, Routier, Ricard, Tuffier, de nombreux cas analogues furent rapportés.

Longuet publia, en 1899, dans le *Progrès Médical*, un article du plus haut intérêt sur « la chirurgie conservatrice dans le traitement des myomes utérins ». Il consacre une grande partie de son travail à l'étude de la polypectomie pour polypes géants utéro-vaginaux, détaillant les diverses techniques employées et leurs indications respectives. Il apporte une statistique de trente-trois cas.

En 1901, Dartigues, dans sa thèse « sur la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes », préconise la polypectomie vaginale par morcellement.

Demons, de Bordeaux, au 14^e Congrès de Chirurgie, en 1901, traite « du choix de l'intervention dans le traitement des gros polypes utéro-vaginaux ».

Enfin, en 1909, Odinot, dans sa thèse sur les polypes géants, fait un travail d'ensemble sur la question.

II. — ETIOLOGIE ET PATHOGENIE.

Nous n'insisterons pas sur l'*étiologie* des énormes polypes utéro-vaginaux, qui est absolument la même que celle de toutes les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Au point de vue de leur *fréquence*, tout ce que l'on peut dire c'est qu'ils sont très rares aujourd'hui, les polypes étant en général opérés plus tôt.

L'*âge* auquel ils s'observent correspond à la vie génitale de la femme et surtout entre 30 et 50 ans. Très rares avant 20 ans, ils sont de même exceptionnels après 55 ans.

Nous ne dirons rien de l'influence de la *virginité* ou de la *stérilité*, influence très controversée, sur le développement des fibromes, de même de la *diathèse neuro-arthritique* mise en cause par certains auteurs.

Quant à la *pathogénie*, nous n'en dirons rien. Les diverses hypothèses émises, nature congénitale, irritative, infectieuse, ne font que traduire notre grande ignorance de cette question.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'arriver au stade de polype géant utéro-vaginal, le polype est passé par les différentes phases d'une évolution anatomique qui est la suivante.

Naissant dans la paroi utérine, la tumeur fait saillie sous la muqueuse et se pédiculise peu à peu, mais reste entièrement intra-utérine. C'est la phase de polype intra-utérin. Le pédicule est en général implanté sur le fond utérin.

Dans une deuxième phase, le polype, entraîné vers le bas par son développement, par la pesanteur, et chassé par les contractions de l'utérus, va dilater peu à peu le canal cervical et arriver dans le vagin. Il peut être accouché brusquement par une violente contraction utérine et rester définitivement dans la cavité vaginale, le col s'étant resserré sur son pédicule, ou bien apparaître de façon intermittente au niveau de l'orifice externe du col jusqu'au moment où, chassé plus violemment, il ne rentrera plus dans la cavité utérine; c'est ce que l'on a appelé les polypes à apparitions intermittentes.

Enfin, parvenu dans le vagin, le polype entre dans la troisième phase de son évolution, la phase de polype utéro-vaginal. Rattaché à l'utérus par son pédicule, le corps

de la tumeur se développe dans le vagin, où il peut atteindre les dimensions géantes des polypes que nous étudions.

Anatomie macroscopique.

Le polype géant est toujours *unique*. Son *volume* varie d'une grosse orange à une tête de fœtus à terme. Sa *forme* est d'ordinaire arrondie ou oyoïde. La *surface* est lisse, de couleur rougeâtre ou grise. Il présente au doigt qui le touche une *consistance* ferme, rénitente.

Le *pédicule*, parfois très mince, contrastant avec l'énormité de la tumeur qu'il supporte, est en général assez gros, présentant en moyenne 2 à 4 centimètres d'épaisseur. Il s'engage dans l'orifice du col et va s'insérer dans la plupart des cas sur le fond utérin, mais parfois plus bas sur les faces antérieures ou postérieures, ou même dans la cavité du col.

Du côté de l'*utérus*, on note ordinairement une augmentation de volume due, soit à la rétention des liquides de sécrétion au-dessus du polype qui forme bouchon, soit à l'existence de noyaux fibromateux dans l'épaisseur de ses parois. La muqueuse utérine infectée est hypertrophiée. On note souvent un léger degré d'inversion du fond utérin, parfois une inversion très accentuée.

Le *col* utérin est dilaté par le passage du pédicule et présente souvent des éraillures.

Les *annexes* sont fréquemment lésées; on peut observer des salpingo-ovarites, des ovaires scléro-kystiques et toutes les complications infectieuses qui peuvent toucher les annexes.

Le *vagin*, dilaté par la tumeur, présente des parois épaissies, parfois ulcérées, adhérentes au polype. Des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales peuvent s'observer.

Anatomie microscopique.

Nous n'insisterons pas sur la texture histologique de ces tumeurs, qui est la même que celle de tous les fibromyomes.

Deux points intéressants seulement nous retiendrons. D'une part, le contraste qui existe entre la grosseur de la tumeur et la *faible vascularisation* qu'assure le peu de vaisseaux contenus dans le pédicule. D'autre part, la *fragilité du revêtement superficiel* du polype, revêtement formé par la muqueuse utérine très amincie, présentant des lésions d'endométrite et, à certains endroits, remplacée par un épithélium pavimenteux stratifié.

La *fragilité de ce revêtement superficiel*, jointe à l'*insuffisante vascularisation* de la tumeur, va nous expliquer l'évolution anatomique du gros polype utéro-vaginal.

Evolution anatomique.

Exceptionnellement, nous verrons les gros polypes utéro-vaginaux présenter la dégénérescence scléreuse ou calcaire. Dans quelques cas, la dégénérescence sarcomateuse a été observée.

Mais, ce que l'on voit toujours, c'est l'évolution vers le *sphacèle*.

Deux mécanismes entrent en cause simultanément pour produire le sphacèle :

En premier lieu, la *nécrobiose par insuffisance de nutrition* du polype. L'apport sanguin qu'assurent les quelques vaisseaux passant dans le pédicule est, nous l'avons vu, tout à fait insuffisant pour nourrir une tumeur aussi volumineuse. A cela, s'ajoute l'ischémie produite par la constriction qu'exerce le col sur le pédicule et peut-être aussi, comme on l'a prétendu, par les contractions rythmiques de l'utérus, qui posent en quelque sorte une ligature naturelle sur les vaisseaux à leur entrée dans le pédicule.

Le deuxième facteur intervenant dans la production du sphacèle est l'*infection*, contre laquelle le faible revêtement superficiel du polype n'oppose pas une barrière suffisante. Les frottements répétés de la surface de la tumeur contre les parois du vagin déterminent des érosions dans la mince pellicule qui recouvre le polype ouvrant ainsi la porte à tous les agents infectieux, streptocoques, staphylocoques, colibacilles, strepto-bacilles, etc., qui pullulent dans le vagin.

Ainsi, nous expliquerons-nous pourquoi le sphacèle débute presque toujours par le pôle inférieur de la tumeur qui est la partie à la fois la plus mal nourrie et la plus exposée à l'infection.

On a décrit deux types de sphacèle : le sphacèle superficiel et le sphacèle total; le premier s'observant quand le facteur infection est prédominant, le deuxième résultant d'une ischémie totale entraînant une nécrose massive de toute la tumeur.

Le sphacèle ramollit la tumeur, la liquéfie peu à peu et aboutit finalement à l'expulsion spontanée, qui peut se faire d'un seul bloc, ou, plus fréquemment, par débris sphacelés s'éliminant peu à peu avec les sécrétions.

IV. — SYMPTOMATOLOGIE.

Le gros polype utéro-vaginal n'est qu'une période, la période ultime de l'évolution d'un polype primitivement intra-utérin. En interrogeant la malade, on constatera donc que depuis très longtemps, des mois et des années, elle présentait les signes bien connus des polypes intra-utérins. C'est une femme qui, autrefois bien réglée, aura vu peu à peu, souvent sans pouvoir l'attribuer à une cause appréciable, ses règles devenir abondantes, durer plus longtemps que de coutume ; *ménorragies* auxquelles elle attache peu d'importance. Bientôt, dans l'intervalle de ses époques menstruelles, apparaissent de petites pertes de sang, *métrorragies* qui augmentent peu à peu et parfois à tel point que la malade perd constamment en rouge. Ces hémorragies peuvent aussi apparaître par périodes, cesser pendant un ou deux mois, pour revenir ensuite. Quand la malade ne perd pas du sang, ce sont des *pertes blanches* et souvent un abondant *écoulement hydorrhéique*, qui traduisent la présence de la tumeur. Habituellement, la malade n'accuse à cette période que peu de signes subjectifs. Parfois quelques douleurs qui partant du petit bassin, s'irradient vers les lombes ou le haut des cuisses ; plus souvent une simple *sensation de gêne* ou de *pesanteur* dans le bas-ventre ; accessoirement

du ténésme anal et vésical d'ordre réflexe, et très rarement des coliques utérines d'expulsion. L'état général peut rester intact, mais l'abondance des pertes de sang détermine souvent un état anémique qui peut être très accentué. L'examen physique ne donne à cette période aucun renseignement appréciable.

Souvent la malade consulte, inquiétée par son état, et, son polype enlevé, elle obtient une guérison parfaite. Mais parfois, s'accommodant de son affection ou redoutant une intervention chirurgicale, elle se contente de quelques injections qui n'empêchent pas le polype de poursuivre son évolution.

Parvenu à la phase d'expulsion, le polype engagé dans le canal cervical arrive à l'obstruer entièrement, déterminant une *rétention* totale des sécrétions utérines, qui se traduira par de *violentes douleurs à irradiation lombaire et sacrée*. A ces douleurs de rétention se joignent des *crises de colique utérine*, comparées aux douleurs de l'accouchement : l'utérus se contracte violemment pour chasser le corps étranger qui occupe sa cavité. Parfois la malade nous dira qu'elle a accusé une *légère élévation de la température*, traduction des phénomènes de résorption toxique qui se produisent au niveau de la cavité utérine dilatée par ses sécrétions plus ou moins infectées. Les métrorragies persistent abondantes et l'état général décline de plus en plus.

Par le toucher vaginal, on pourra trouver à certains moments un col dilaté présentant dans sa cavité une tumeur arrondie et lisse.

Dans un dernier stade enfin, le polype a franchi le col et se développe dans le vagin. Il sera parfois possible de retrouver dans l'histoire de la malade la période qui correspond à l'accouchement de la tumeur dans le vagin. Elle aura pu ressentir très nettement, après une période fébrile et douloureuse plus ou moins longue, une crise doulou-

reuse bien caractérisée avec impression d'accouchement. Plus souvent, cette évolution se fait plus insidieusement et le polype évolue dans le vagin avec la même symptomatologie que précédemment, jusqu'au moment où la malade accuse les *signes du « gros polype utéro-vaginal »* que nous allons maintenant étudier.

Presque constamment, la malade *sent* la masse qu'elle a dans le vagin. Elle a une *sensation de pesanteur*, l'impression de quelque chose de très gros et de très lourd qui a tendance à descendre, cette sensation s'accroissant à mesure que le polype grossit. Plus rarement des *douleurs* bien caractérisées, s'irradient vers les régions lombaires et sacrée, vers la partie supérieure des cuisses, dans les aines. A quoi rattacher ces douleurs ? Compression des organes voisins, des plexus nerveux de la région, rétention utérine, tiraillements exercés par le pédicule sur le fond utérin, constriction du col sur le pédicule ?

Les *métrorragies* persistent mais sont toujours mêlées à un abondant écoulement de *pertes fétides*; sang et sécrétions utérines sont retenus au-dessus du bouchon que forme la tumeur et sont le siège d'une putréfaction intense qui leur donne une *odeur rappelant celle du cancer*. Ces liquides corrompus s'écoulent, soit continuellement par *regorgement*, soit de façon intermittente à l'occasion de certains mouvements qui déplacent le polype.

A ces signes viennent s'ajouter les *symptômes de compression* des organes voisins. Peu à peu, la malade aura éprouvé de la difficulté pour aller à la selle et une *constipation* parfois opiniâtre se sera installée. D'autres fois, la compression du rectum se traduira par des *alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques*.

Du côté de la vessie, la compression se manifeste par une *pollakyurie* intense, qui fera place parfois à des accidents aigus de *rétention complète*. On pourra observer également de l'incontinence par *regorgement*.

Enfin, l'apparition des *signes de sphacèle* de la tumeur viendra compléter le tableau de la malade qui se présentera au chirurgien.

Les pertes deviennent d'une *odeur absolument repoussante*, entraînant avec elles des débris de tumeur sphacélée et à un degré plus avancé la tumeur entière peut s'éliminer par fragments de matière putride horriblement fétide. Il est habituel, lorsque le sphacèle s'est installé, de voir disparaître les signes de compression des organes voisins; le sphacèle ramollissant la tumeur. Mais ce qui caractérise surtout l'apparition du sphacèle, c'est *l'atteinte de l'état général* de la malade.

Dès que l'on voit survenir des *accès fébriles*, sans cause apparente, il faut soupçonner le début d'un travail de sphacèle. La température peut atteindre 39° et 40°. L'infection dont est le siège toute la cavité utéro-vaginale, la résorption des produits toxiques retenus au-dessus du polype, la coprémie qui résulte d'une constipation opiniâtre, réalisent un *syndrome de septicémie chronique*, qui aboutit à un état infectieux des plus alarmants. La malade, saignée à blanc par ses incessantes pertes de sang, présente des muqueuses absolument exsangues, témoignant d'une *anémie* extrême. Sa face pâle, jaunâtre; sa peau sèche et terreuse, ses traits tirés, ses yeux ternes, dénotent la grande infection de tout son organisme. L'appétit est diminué, les digestions laborieuses. On note parfois des nausées et des vomissements. La malade maigrit, accusant parfois une diminution considérable du poids; elle éprouve une lassitude extrême et sombre bientôt dans une lamentable cachexie.

C'est dans cet état de profonde infection, avec cet organisme à bout de résistance que la malade va se présenter au chirurgien et c'est là ce qui constitue le caractère essentiel de l'affection.

Examen de la malade.

A l'*inspection*, nous verrons un ventre normal; dans quelques cas peut-être une tumeur très volumineuse pourra entraîner une augmentation de volume de l'abdomen. Du côté des organes génitaux externes, la vulve apparaîtra béante, la peau du périnée et de la partie supérieure de la face interne des cuisses, rouge, enflammée par un contact prolongé avec les écoulements putrides du vagin. L'orifice vaginal est entr'ouvert, montrant dans sa lumière l'extrémité de la tumeur, qui apparaît arrondie, plus ou moins lisse et rougeâtre, avec des points grisâtres d'où s'écoule un liquide sanieux.

Par la *palpation abdominale*, on percevra souvent une masse dure, médiane, occupant la région hypogastrique, débordant au-dessus du pubis et pouvant remonter assez haut, jusqu'à l'ombilic parfois. La palpation seule ne nous permet pas de savoir si cette masse représente le pôle supérieur de la tumeur que nous avons aperçue à l'entrée du vagin, ou s'il s'agit simplement d'un utérus fibromateux augmenté de volume et refoulé vers le haut par la grosse tumeur vaginale.

Si nous pratiquons le *toucher vaginal*, notre doigt arrive de suite sur une masse de consistance dure, rénitente dans l'ensemble, assez régulièrement lisse et arrondie. Si le sphacèle est avancé, le doigt pourra, à certains endroits, s'enfoncer dans un tissu friable, spongieux et en ressortira chargé d'une odeur repoussante. Dans certains cas très avancés, la tumeur est ramollie à un tel point que le doigt l'effrite et peut très facilement en détacher de gros fragments. Si l'on cherche à remonter plus haut sur le pourtour de l'énorme tumeur qui dilate le vagin, on ne pourra pas, dans les cas typiques, en dépasser l'équateur, le doigt restant coincé entre le polype et la paroi vaginale qui s'applique exactement sur lui. Dans tous les cas, il sera impos-

sible de franchir cette limite et le col utérin et les culs de sac vaginaux resteront inaccessibles.

Le *toucher combiné au palper abdominal* permettra d'apprécier les dimensions de la tumeur, ses rapports avec les organes voisins, la situation de l'utérus et sa consistance; on le trouvera toujours élevé, souvent bourré de noyaux fibromateux; parfois on ne le délimitera pas nettement et on aura l'impression que la tumeur sentie à l'hypogastre est la même que celle qui est dans le vagin : il faudra penser, dans ces cas, à une énorme tumeur qui a dilaté le vagin, le col et la cavité utérine, le corps de l'utérus s'étalant, en le coiffant, sur son pôle supérieur. On appréciera également l'état des annexes et il ne sera pas rare de déceler la présence de lésions inflammatoires des trompes et des ovaires.

Pour compléter notre examen, nous pratiquerons le *toucher rectal*, qui nous aidera à bien situer la tumeur et, dans certains cas favorables, on pourra sentir à travers la paroi recto-vaginale un bourrelet plus ou moins net, qui n'est autre que le col dilaté par le passage du pédicule.

Le *cathétérisme de l'urètre*, que nous aurons pratiqué afin de faciliter notre examen en vidant la vessie, nous renseignera sur le degré de compression de l'urètre, sur la situation de la vessie par rapport à la tumeur, sur le degré de rétention des urines et sur l'état de ces urines; il est fréquent de les trouver infectées.

Enfin, nous passerons en revue tous les organes de la malade, tube digestif, reins, cœur, poumons, foie, nous ferons une analyse des urines, de façon à pouvoir apprécier dans son ensemble l'atteinte de l'organisme.

Nous voulons insister, avant de terminer l'étude de cet examen physique de la malade, sur certaines précautions qu'il est indispensable de prendre pour ne pas s'exposer à de sérieux dangers. Il n'est pas rare de voir, à la suite d'une exploration trop brutale, la malade faire une poussée

thermique parfois assez forte et même des accidents septicémiques mortels. On a signalé de nombreux cas où de tels accidents étaient survenus à la suite d'un simple toucher vaginal. Ils seraient particulièrement à redouter au moment des époques menstruelles. En tous cas, ce qu'il faut absolument déconseiller, c'est la manœuvre qui consiste à essayer d'attirer la tumeur hors de la vulve avec des pinces, dans le but d'explorer son pédicule. Nous croyons que la sagesse est de toucher le moins possible à ce dangereux foyer d'infection avant l'intervention radicale qui le supprimera complètement.

V. — EVOLUTION ET COMPLICATIONS.

L'évolution du gros polype vaginal peut durer plus ou moins longtemps. Elle varie de quelques mois à plusieurs années.

En l'absence de tout traitement, nous avons vu que les gros polypes utéro-vaginaux évoluaient inévitablement vers le sphacèle et l'expulsion spontanée. Cette expulsion est presque toujours suivie de mort, car la malade est dans un état d'infection et de cachexie extrême et elle succombe en général à des accidents infectieux et septicémiques. Dans quelques cas cependant cette élimination a pu être salutaire, débarrassant la malade du foyer d'infection, point de départ de sa déchéance organique. Nous croyons ces cas extrêmement rares.

Mais, le plus souvent, cette évolution ne se fait pas sans qu'il s'y ajoute des *complications*, dont certaines peuvent occasionner la mort.

La complication la plus fréquemment observée est l'*inversion utérine*. Il en existe à peu près toujours un léger degré, le fond utérin s'invaginant sous le poids de l'énorme polype. Parfois l'utérus est entièrement retourné et il faut lire le *Mémoire de Levret* pour trouver de belles descriptions

de ces énormes polypes sortant hors de la vulve, et dont le pédicule est prolongé par l'utérus inversé sans qu'on puisse apprécier parfois ce qui appartient à l'un et à l'autre.

La compression qu'exerce le polype sur la paroi vésico-vaginale peut aboutir à la formation d'une *fistule vésico-vaginale*. La perforation résulte à la fois d'un processus de nécrose consécutive à l'ischémie locale due à la compression et à un processus de sphacèle et d'infection de la zone comprimée. Pellanda, dans sa thèse sur « la mort par fibromyomes utérins » rapporte une observation de Lisfranc, dans laquelle la tumeur, après avoir perforé la cloison vésico-vaginale, était passée entièrement dans la vessie et y avait poursuivi son évolution pendant quelque temps. La perforation est, malgré tout, rare; mais ce que l'on observe plus souvent, ce sont des *accidents infectieux de l'arbre urinaire*. La rétention d'urine se complique souvent de *cystite*; les urines sont rares, albumineuses, foncées, laissant déposer des globules de pus. Parfois, la rétention se complique de distention vésicale amenant bientôt de l'hydronéphrose et, l'infection s'en mêlant, de la pyélite et *pyélonéphrite*. Nous rapportons une observation de Tourneux dans laquelle une rétention urinaire complète durant depuis 48 heures a nécessité une intervention d'urgence.

Du côté du rectum, la formation de *fistules recto-vaginales* peut également s'observer. Pellanda rapporte une observation de Roux où le polype était entièrement passé dans le rectum. Lisfranc, Marjolin ont vu de nombreux cas où la tumeur était devenue adhérente à la paroi vaginale et, déterminant ultérieurement l'ulcération de la cloison, étaient devenus saillants à nu dans le rectum.

Larcher, en 1867, a consacré un long mémoire à « la rupture spontanée de l'utérus consécutive à l'existence de polypes ». Des polypes accouchés dans le vagin auraient pu déterminer des contractions utérines assez violentes.

pour amener la rupture de cet organe ! Nous ne croyons pas qu'un tel accident puisse se produire sans qu'il y ait au préalable un long travail de sphacèle et, comme nous le verrons à propos du traitement, la *rupture de l'utérus* est plutôt à craindre lors des tiraillements qu'on fait subir au pédicule pour le rompre.

Une *phlébite* des membres inférieurs pourra venir compliquer l'évolution de l'affection. Dans une de nos observations, la malade est morte d'une thrombose veineuse partie d'une phlébite de la jambe droite.

Enfin, la malade peut succomber à de nombreuses complications infectieuses. Une *péritonite*, une *pneumonie*, de graves *escarres du sacrum* aggravent sérieusement la situation. Nous rapportons une observation de Lejars où la malade a succombé à une *septico-pyohémie*, dont le point de départ a été la gangrène du polype ; l'autopsie a montré le foie, les reins bourrés de multiples abcès miliaires.

Signalons enfin la *transformation néoplasique* de ces tumeurs, plus rare semble-t-il que pour les fibromes non pédiculés.

Quels seront les rapports entre la *grossesse* et l'existence d'un polype utéro-vaginal ? La grossesse est-elle possible ? Elle semble du moins bien peu probable, le coït étant à peu près impossible si l'on a vraiment à faire à un polype géant. De toutes façons, la grossesse n'ira que très rarement à terme. Ce que l'on voit plutôt, c'est un petit polype aggravé par une grossesse et prendre des dimensions énormes. Dans un cas cité par Mackenrot, un volumineux polype sphacélé de la grosseur d'une tête de fœtus à terme fut expulsé six semaines après un accouchement. Si la grossesse accroît les polypes, comme tous les fibromes, après l'accouchement, ils ne rétrocedent pas.

La *ménopause* ne semble guère avoir d'influence sur les énormes polypes. Dans quelques cas, elle semble être le point de départ de complications.

Signalons enfin que la *récidive* après intervention peut s'observer. Nous en rapportons deux observations. Ce fait, pas très rare, tient à ce que l'utérus fibromateux, comme cela est fréquent, peut de nouveau donner naissance à un noyau sous-muqueux qui, ne trouvant plus d'obstacle, se pédiculisera et viendra prendre la place du polype enlevé.

VI. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de gros polype utéro-vaginal est facile.

On a, en général, à faire à une femme qui vient consulter parce que, depuis longtemps, elle a des hémorragies, parce qu'elle a des pertes fétides, elle éprouve une sensation anormale de masse dans le vagin, et enfin parce qu'elle a un mauvais état général. En présence d'un tel tableau, notre attention sera de suite attirée vers l'appareil génital et il sera facile de préciser tous les symptômes que nous avons décrits, qui ne laisseront pas hésiter notre diagnostic.

Dans certains cas, cependant, nous pourrions être, au premier abord, induits en erreur, soit par les caractères de la tumeur, soit par la malade elle-même. Celle-ci pourra, comme cela est fréquent, se présenter à nous se plaignant de descente de matrice, ou bien nous racontera une histoire faisant penser à une grossesse, ou encore nous dira qu'elle vient de faire une fausse couche.

Comment éliminer ces différentes causes d'erreur ?

1° *La grossesse.*

On aura que très rarement à penser à la grossesse. Tout d'abord, l'âge de la malade est, dans la plupart des cas, en désaccord avec une telle hypothèse. Mais on peut se laisser influencer par une période d'aménorrhée, ou, comme dans

l'observation de Raymond, Petit et Weinberg, par l'histoire de la malade qui décrit un dégoût électif pour certaines odeurs, du gonflement des seins, le besoin d'expulser une masse comme dans l'accouchement. On pourrait prendre la tumeur pour une tête de fœtus. Cependant, les hémorragies répétées ne concordent guère avec une grossesse, et, d'autre part, le volume de l'utérus, que l'on apprécie par la palpation abdominale, n'est pas en rapport avec une grossesse à terme. L'erreur que l'on peut commettre et qui a été commise, c'est, en présence d'une grossesse, de ne pas diagnostiquer un polype coexistant, et, comme dans l'observation de de Fergusson, de prendre le polype pour la tête du fœtus.

2° *La fausse-couche,*

Une malade qui vient d'accoucher un énorme polype dans le vagin, racontera une crise de coliques expulsives, l'impression ressentie de quelque chose qui est tombé dans le vagin, des pertes de caillots sanguins. On pourrait penser à un avortement, mais le toucher permettant de constater la tumeur dans le vagin nous fera vite rejeter cette hypothèse.

3° *L'inversion utérine.*

L'inversion de l'utérus est une des causes d'erreur les plus fréquentes. Déjà elle était signalée par Levret et son diagnostic différentiel d'avec les polypes géants fut bien étudiée par Boivin et Dugès dans leur traité des maladies de l'utérus (1835). Un examen attentif permet facilement d'éviter l'erreur. La mensuration approximative de la tumeur entre les doigts abdominaux et vaginaux est plus grande dans le polype que dans l'inversion. Souvent, d'ailleurs, dans l'inversion, on ne perçoit absolument aucune masse abdominale. Si l'on passe un stylet entre le polype et la paroi vaginale, il s'enfoncera profondément, alors

qu'il serait vite arrêté dans la rainure circulaire d'une inversion. D'autre part, au toucher, l'utérus présente une consistance plus molle et il est douloureux à la pression, alors que le polype ne l'est pas. Enfin, on peut trouver facilement le bourrelet que forme le col autour de la matrice inversée. L'erreur est donc évitable.

Mais nous avons vu que fréquemment le polype se complique d'inversion et alors il importe d'en faire le diagnostic pour éviter de sérieux désagréments au moment de l'intervention. Les cas sont nombreux où l'utérus inversé, sortant à travers l'orifice du col, a été pris pour le pédicule et sectionné. Levret en rapporte plusieurs cas et il signale l'existence de polypes creux qui, ayant été sectionnés, ont occasionné l'erreur contraire, laissant croire que l'utérus inversé avait été incisé, alors qu'il était intact.

4° *Le cancer du col.*

Assez fréquemment, en présence d'un polype sphacélé, le diagnostic de cancer du col a été porté. Les hémorragies répétées, les pertes sanieuses malodorantes, une tumeur molle qui s'effrite facilement avec le doigt, l'état cachectique de la malade, pourraient en effet en imposer pour un cancer du col, d'autant plus qu'on pensera plus facilement au néoplasme qu'au polype. Un toucher attentif nous évitera cette erreur; la tumeur du cancer est plus irrégulière que celle du polype; dans le cancer ayant atteint des dimensions telles qu'il remplit le vagin, on trouvera toujours une infiltration des culs-de-sac, des parois du vagin et même de tout le petit bassin, alors que le polype est toujours bien limité. Le néoplasme, au toucher, saigne très abondamment. Enfin, pour avoir une certitude, on pourra pratiquer une biopsie de la tumeur et mettre en évidence ou non sa nature néoplasique.

5° *Les tumeurs du vagin et de la vulve.*

Il sera facile d'éliminer un néoplasme du vagin ou de la vulve. De même un kyste du vagin infecté pourrait prêter à confusion, mais il est très rare qu'il devienne aussi gros et on trouvera sans peine son point d'attache au vagin, qui siège en général à la paroi antérieure. Un fibrome du vagin, affection très rare, ne peut guère nous arrêter.

6° *Les faux polypes placentaires.*

Fragments de placenta pédiculisés, les faux polypes placentaires se reconnaîtront à leur consistance molle, friable et à l'aspect très spécial du tissu placentaire. Leur constatation est toujours précédée des signes d'un avortement ou tout au moins d'un retard de règles à la suite duquel sont apparues les hémorragies.

7° *Les corps fibreux de l'utérus non pédiculés.*

Les fibromes sous-muqueux de l'utérus peuvent, dans certains cas, sans se pédiculiser, se développer de telle façon vers le bas qu'ils arrivent à remplir toute la cavité utérine dilatée et le vagin. Leur passage au travers du col le dilate à un tel point que celui-ci s'efface presque complètement, ne se marquant que par un petit bourrelet circulaire en saillie sur la paroi vaginale qui se continue directement avec la paroi utérine. Dans de telles conditions, on comprendra combien il est difficile par la simple exploration clinique de savoir si l'on a à faire à un tel corps fibreux ou à un polype. La question à éclaircir est celle de l'existence ou de la non existence d'un pédicule. Point très important à préciser, car, dans l'un et l'autre cas, l'intervention chirurgicale se heurte à des difficultés différentes. En faveur d'un tumeur non pédiculée, on trouvera une masse abdominale volumineuse, dure, présentant tous les carac-

tères d'un fibrome. Mais il peut y avoir coexistence d'un gros fibrome utérin et d'un polype. Par la palpation et le toucher combinés, la sensation que les tumeurs vaginale et abdominale ne font qu'une même masse, est assez difficile à apprécier. Dans certains cas favorables, peut-être, le toucher rectal permettrait-il de mieux mettre en évidence la continuité de la tumeur. De toutes façons, il sera souvent impossible d'affirmer l'existence d'un pédicule nettement constitué et il arrivera fréquemment que, au cours de l'intervention, croyant aller sectionner un pédicule, on trouvera une tumeur remontant jusque dans l'utérus où elle s'implante très largement.

Une autre difficulté réside dans l'existence de fibromes dits « en sablier », qui remplissant la cavité utérine se rétrécissent au niveau du col pour se développer à nouveau largement dans le vagin. La portion vaginale peut ainsi donner tout à fait l'impression d'un polype dont le pédicule serait représenté par la partie médiane rétrécie.

8° *Les polypes cervico-labiés.*

Prenant naissance sur les lèvres du col de l'utérus, ces polypes n'ont jamais habité la cavité utérine; aussi ne les avons-nous pas fait rentrer dans le cadre des tumeurs que nous étudions. Cependant, le diagnostic différentiel est à peu près impossible. Le col restant toujours inaccessible, il est évident que le lieu d'implantation du polype restera toujours inconnu. Tout au plus pourra-t-on pressentir une implantation au niveau du col quand l'histoire de la malade ne révélera pas les crises douloureuses expulsives témoignant de l'origine intra-utérine de la tumeur; mais, dans la plupart des cas, l'implantation au col sera une découverte de l'intervention.

Nous voyons ainsi que le diagnostic des énormes polypes utéro-vaginaux, d'apparence très simple, comporte malgré

tout quelques petites difficultés résultant surtout du fait que l'énorme tumeur qui obstrue tout le vagin s'oppose à un examen très approfondi. Il importerait pourtant de bien connaître la tumeur que l'on se propose d'extirper, l'imperfection du diagnostic ayant souvent amené des désastres au cours de l'intervention.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT

Le traitement des polypes utérins, assez banal lorsqu'on a à faire à un petit polype, est, au contraire, du plus haut intérêt quand on est en présence d'un énorme polype utéro-vaginal sphacélé.

Deux points essentiels viennent compliquer le traitement opératoire de ces tumeurs qui, au premier abord, semblerait assez simple.

En premier lieu, la *grosseur de la tumeur*, qui empêche d'accéder à son pédicule, oblige le chirurgien à travailler à tâtons, sans savoir où il va; le polype est parfois encastré dans le vagin de telle façon qu'on ne peut ni l'attirer vers le bas, ni même le faire tourner sur lui-même; trop gros pour passer par la vulve, il faut pratiquer toutes sortes de manœuvres pour arriver à l'extraire.

En deuxième lieu, une grosse complication réside dans *l'état de la malade* qui se présente au chirurgien. Nous avons insisté sur cet état infecté, absolument déplorable, et nous verrons plus loin les graves conséquences qui en résultent.

Aussi, avant toute intervention, doit-on, dans la mesure du possible, car le traitement doit être une intervention

d'urgence, remonter l'état général de la malade par tous les toniques usuels et surtout par les injections de sérum à hautes doses. Localement, on fera une désinfection soigneuse du vagin par des irrigations antiseptiques. Au moment de l'intervention, une désinfection iodée intensive complétera cette préparation.

Nous allons étudier successivement les différentes techniques, leurs accidents et leurs complications, leurs résultats comparés et leurs indications respectives. Nous essaierons, pour terminer d'en tirer quelques conclusions.

I. - LES TECHNIQUES

Autrefois on ne s'attaquait pas aux énormes polypes; on les laissait évoluer. Comme nous l'avons vu, cette évolution se faisait vers le sphacèle et l'élimination spontanée, presque toujours suivie de mort. Le seul traitement que l'on faisait, dans certains cas, consistait à favoriser le sphacèle et partant cette élimination : une ligature que l'on plaçait sur le pédicule quand on pouvait, sinon le plus haut possible sur la tumeur; on serrait un peu plus le lien chaque jour, et la tumeur se sphacélant en masse ou par fragments successifs, s'éliminait peu à peu. Les premiers documents opératoires précis remontent à Depaul, de Cusco, Verneuil, Boekel, Pozzi.

1°. — LA POLYPECTOMIE VAGINALE.

La polypectomie vaginale jusqu'à maintenant, a toujours été l'intervention de choix pour le traitement des énormes polypes.

« Les énormes polypes ressortissent en très grande partie à la voie vaginale seule, non seulement parce qu'ils vont au devant de l'opération de ce côté et qu'ils se dirigent d'eux-mêmes vers le vagin dans leur évolution, mais aussi parce que leur qualité septique contre-indique toute manœuvre abdominale. » (Longuet.)

Guidés par ces deux idées directrices, que l'intervention vaginale est la seule logique de par l'évolution même du polype et qu'une intervention abdominale serait dangereuse étant donné la septicité du polype, les chirurgiens ont toujours pratiqué la polypectomie vaginale, réservant une intervention abdominale à des cas très particuliers, comme nous le verrons plus haut.

Le but à atteindre dans la polypectomie est :

1° *Détacher le polype de son implantation;*

2° *Extraire la tumeur du vagin.*

Les différentes méthodes de polypectomie vaginale.

Nous ne citons que pour mémoire les techniques qui consistaient à aller passer au-dessus du polype le *serre-nœud*, la chaîne de l'*écraseur de Chassaignac*, l'*anse galvanique*, procédés qui avaient pour but d'écraser le pédicule, de le sectionner ou de produire le sphacèle du polype par ischémie, entraînant son élimination. Procédés aveugles où l'on ne savait pas exactement ce que l'on allait sectionner, entièrement abandonnés aujourd'hui.

A. — Section du pédicule.

La libération du polype de ses attaches peut être soit le premier temps de l'opération, soit le deuxième.

a) Dans le premier cas, après avoir opéré la désinfection vaginale, on saisit la tumeur avec de solides pinces de Museux ou encore, si les pinces manquent de prise, avec un tire-bouchon à myomectomie. Une fois la tumeur bien fixée, on lui fait subir des mouvements combinés de traction, de rotation, de torsion, d'arrachement, qui ont pour résultat de rompre le pédicule.

Longuet décrit de nombreux modèles de pinces qui ont été employées : pinces à kyste dentées, à plateau carré

fenêtré de Péan, à plateau allongé de Péan, à plateau rond de Nélaton, pinces à abaissement de Richelot; une solide pince de Museux suffit en général.

b) La manœuvre précédente, comme on le verra plus loin, présente de sérieux inconvénients du fait que l'on ne voit pas le pédicule que l'on rompt. Il est donc préférable dans bien des cas de faire précéder la section du pédicule d'un premier temps qui permettra d'accéder à ce pédicule, de bien le voir et de le sectionner soit au bistouri, soit aux ciseaux. Ce premier temps qui, comme nous le verrons, consiste à amoindrir la masse de la tumeur, préparera également le dernier temps, l'extraction du polype.

B. — **Extraction du polype.**

La difficulté qu'il y a à faire passer une tumeur aussi volumineuse par une vulve trop étroite, explique les nombreuses méthodes qui ont été préconisées.

a) *Manœuvre de l'énucléation simple.*

Le pédicule ayant été rompu, par des tractions vigoureuses exercées par l'intermédiaire d'une pince toujours solidement fixée, on attire la tumeur vers le bas. Une fois le pôle inférieur engagé dans la vulve, on aide les mouvements de traction par une manœuvre d'énucléation qui consiste à introduire soit le doigt, soit des ciseaux courbes fermés, soit encore différents modèles d'énucléateurs, de Pozzi, de Sims, de Thomas, entre la tumeur et la paroi vaginale, et, s'en servant comme d'un levier, on arrive peu à peu à énucléer la masse.

On a employé également le forceps que l'on applique sur le polype comme sur la tête d'un fœtus à terme, réalisant ainsi de véritables manœuvres obstétricales pour extraire la tumeur. Un modèle spécial, dit « forceps à dents de brochet », de Jeannel, a été utilisé.

b) *Manœuvre de l'amoindrissement.*

Elle consiste à réduire la masse du polype par compression. Le cranioclaste de Braun, le céphalotribe de Fränkelhauser, ou le forceps à dents de brochet, ont été employés à cet effet, réalisant une véritable dislocation de la tumeur et facilitant ainsi son passage à la vulve.

c) *Méthode des incisions tangentielles périphériques.*

Avec le bistouri on sectionne la masse en allant de la périphérie au centre. Les sections simples antéro-postérieures ont été recommandées par Quénu; réduisant d'une part le volume de la tumeur, elles offrent d'autre part par leurs tranches de section de larges surfaces de prise pour les pinces.

Doyen a préconisé la section en V d'avant en arrière, qui enlève à la tumeur un large quartier triangulaire.

Hégar pratiquait une incision spiroïde qui permettait d'allonger la masse en la dévidant par rotation, réduisant ainsi son diamètre transversal.

Cet allongement a été obtenu de même par des incisions en escalier (Simon).

On a également pratiqué des incisions tangentielles sur tout le pourtour du pôle inférieur de la tumeur aboutissant à une masse de forme conique à sommet inférieur (Chassaignac, Velpeau).

d) *Manœuvre du morcellement de Péan.*

Le *morcellement* ou *évidement central* consiste, à l'opposé de la méthode précédente à amoindrir la masse en la fragmentant *du centre à la périphérie* et en l'extirpant morceaux par morceaux.

L'évidement se réalise sous formes de cônes (Péan) taillés au bistouri ou aux ciseaux en pleine tumeur; ou bien sous forme de cylindres pleins découpés dans la masse au

bistouri ou à l'aide d'instruments spéciaux tels que les cylindres dentés de Segond, ou les cylindres coupants de Doyen. On libère alors les fragments détachés avec des pinces.

Une fois la tumeur ainsi évidée, on peut aller sectionner le pédicule ou le rompre par des mouvements de traction et de rotation, et on détache ainsi une masse qui représente la calotte du polype. Ainsi évidé, le polype se laissera comprimer et passera facilement à la vulve.

e) Débridement vaginal et périnéal.

Le *débridement latéral du vagin* à la Shuckart a pour but d'agrandir l'orifice par lequel doit passer la trop volumineuse tumeur, soit que l'on veuille se donner du jour pour accéder au pédicule, soit pour favoriser et compléter le morcellement, soit encore que l'on veuille extraire le polype sans le morceler. Il consiste en une incision qui, partant assez haut sur la face latérale du vagin, coupe latéralement la vulve et le périnée.

Dupuytren incisait la commissure postérieure du périnée. Après lui, Heywood Smith et Kœberlé ont également préconisé le débridement périnéal.

Connaissant bien ces différentes techniques on arrive presque toujours, « mais généralement après beaucoup de temps et de fatigue », à mener à bien l'extirpation des énormes polypes fibreux.

Il faut alors, « dans le vaste gouffre », résultant du départ du néoplasme, s'assurer d'abord qu'il n'y a pas d'hémorragie, vérifier l'état du vagin et de la vulve, suturer par quelques points de catgut les déchirures et la plaie du débridement vaginal s'il a été pratiqué, enfin, panser et drainer par une mèche et des compresses vaginales pas trop tassées. Une sonde est mise à demeure dans la vessie pendant 48 heures.

2°. — LA POLYPECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE.

En présence d'un énorme polype s'étendant de la vulve à l'ombilic, comme des cas en sont rapportés, on conçoit que la polypectomie vaginale présente de sérieuses difficultés. Les différents artifices du morcellement peuvent évidemment en venir à bout, mais les difficultés peuvent être telles, que l'opération reste inachevée. Plusieurs cas d'opération incomplète ont été signalés par Quénu, Péan, Laroyenne, West. Or, dit Bouilly, « l'important est d'aller jusqu'au bout... pour pouvoir désinfecter d'une façon radicale la cavité et les tissus de l'utérus ».

C'est pour éviter cet inconvénient que la voie vagino-abdominale a été employée.

On enlève d'abord par le vagin le lobe inférieur de la tumeur. Puis, après laparotomie médiane sous-ombilicale, on incise sur la ligne médiane l'utérus et on enlève par morcellement le lobe supérieur du polype et on suture l'utérus.

3°. — LA POLYPECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE.

« A l'opposé de la voie vagino-abdominale on a pensé à la voie abdomino-vaginale. La première opération ainsi conduite fut celle de Bouilly en 1889. Par une hystérotomie médiane abdominale, il énucléa le lobe supérieur de la tumeur, puis ferma par seize points l'incision de l'utérus. Après avoir vérifié la solidité de cette suture par une injection poussée dans l'utérus, le reste du polype fut enlevé par en bas. »

D'autres opérations analogues ont été pratiquées par Bouilly, Marchand.

4°. — POLYPECTOMIE PREMIERE ET HYSTERECTOMIE CONSECUTIVE.

Fréquemment, l'hystérectomie a complété de suite la polypectomie.

« Lorsqu'au cours ou à la fin d'une polypectomie on soupçonne ou l'on reconnaît des lésions utéro-annexielles, pyométrites et salpingites, ou encore lorsque l'on considère la coque utérine restante comme impropre à la conservation, il faut immédiatement compléter la polypectomie par l'hystérectomie consécutive, soit abdominale, soit vaginale. Par en haut comme par en bas, cette hystérectomie se présente dans des conditions particulièrement défavorables. Par en haut, elle est difficile parce que le col extrêmement élargi, s'oppose à la pédiculisation et à l'extériorisation de l'utérus, ainsi qu'aux manœuvres faites en arrière de l'organe; par en bas, ce même anneau cervical effacé et déformé, se prête mal à la circulaire puis à la libération du col. En sorte que des deux manières l'exérèse totale reste atypique. » (Longuet.)

5°. — L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE D'EMBLEE.

L'hystérectomie abdominale totale d'emblée n'a jamais été considérée comme l'opération de choix dans le traitement des énormes polypes utéro-vaginaux sphacelés. Nous avons même vu que la nature essentiellement septique de ces tumeurs a été considérée comme contraindiquant toute opération abdominale.

Dans les quelques cas où la voie abdominale a été choisie, ce choix a été motivé par une cause secondaire qui, dans la plupart des cas, a été la présence de noyaux fibromateux dans la paroi utérine.

Demons, au Congrès de chirurgie de 1901, dit :

« Dans les cas de gros polype remplissant le vagin, la vieille opération de la section du pédicule est sans doute la plus simple et la plus bénigne. Mais lorsqu'en même temps l'utérus contient d'autres fibromes sous-muqueux ou interstitiels, cette opération devient insuffisante en ce sens qu'ultérieurement l'utérus continue à faire de nouveaux polypes. Aussi, quand une palpation minutieuse aura révélé l'existence d'un utérus volumineux, bosselé et dur, il sera préférable de pratiquer l'hystérectomie abdominale. »

Dans les observations d'hystérectomie que nous rapportons, sur cinq cas, trois fois c'est l'état fibromateux de l'utérus qui a décidé l'intervention abdominale. Dans un autre cas, la virginité de la malade s'opposant à tout examen vaginal n'avait pas permis de faire le diagnostic, mis l'auteur ajoute en faveur de l'abandon de la voie vaginale : « L'élévation extrême de la tumeur au-dessus du plancher pelvien, l'orifice vulvaire étroit et difficile à dilater chez une vierge âgée, eussent peut-être rendu difficile une intervention par voie vaginale; la simple prise de la tumeur, en vue d'en faire le morcellement, eut été chose malaisée..., une tentative de conservation justifiée chez une femme jeune ne l'était d'ailleurs plus chez une femme de 46 ans. »

L'hystérectomie abdominale d'emblée a donc toujours été choisie dans des circonstances spéciales.

Technique.

Après laparotomie médiane sous ombilicale, on tombe en général sur un utérus gros, fibromateux, surmontant une énorme tumeur qui paraît enclavée dans le petit bassin. On sectionne les ligaments larges pour libérer l'utérus et l'élever; ligature des utérines. On décolle largement la vessie, comme dans le Wertheim. Puis, après avoir soigneuse-

ment garni de compresses le Douglas et les faces latérales du vagin pour bien isoler la masse utéro-vaginale, on incise circulairement le vagin, cette incision portant sur le pédicule du polype. Opérant alors des tractions sur l'utérus, on accouche le polype par l'orifice vaginal ainsi formé, avec beaucoup de précautions, étant donné la septicité de la tumeur. La masse enlevée, la cavité vaginale se présente alors sous l'aspect d'une vaste poche à parois très épaissies. On la désinfecte à l'iode; on place un drain et une mèche vaginale. Suture du vagin; péritonisation; suture de la paroi.

Telle est l'intervention typique qui a pu être réalisée dans certains cas avec succès.

Mais, souvent, la nature septique du milieu opératoire a fait hésiter le chirurgien à fermer entièrement le vagin ou à péritoniser. La fermeture incomplète du vagin laissant passer une mèche vaginale avec péritonisation au-dessus de la mèche a semblé préférable à certains. Dans une de nos observations, le vagin a été suturé, mais la crainte d'un ensemencement septique du péritoine a fait rejeter la péritonisation et opter pour un drainage abdominal par un sac de Mickulicz. Ces différents points de détail, très importants pour les suites opératoires, dépendront des conditions locales de l'intervention, de différents facteurs dans lesquelles l'appréciation personnelle du chirurgien rentre pour une grande part.

II. - ACCIDENTS ET COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

A. — DANS LA POLYPECTOMIE VAGINALE.

1° Les accidents opératoires.

Très fréquents dans la polypectomie vaginale, les accidents au cours de l'intervention tiennent tous au fait que la polypectomie est une opération aveugle, dans laquelle on s'engage souvent sans avoir un diagnostic anatomique précis.

a) *L'hémorragie.*

Il n'est pas rare, au moment de la rupture du pédicule, de voir jaillir un flot de sang parfois très abondant. De nombreux auteurs ont prétendu que l'hémorragie immédiate n'était pas à craindre, parce que, disent-ils, l'utérus vidé se contracte comme après une délivrance et ses fibres musculaires forment, au niveau de l'implantation du polype, une ligature naturelle. Et cependant, nous voyons, dans la statistique de Pozzi par exemple, que, sur 13 cas, 4 fois il y a eu hémorragie et mort ultérieure. Nous trouvons également cet accident dans plusieurs de nos observations; en sorte que nous sommes enclins à considérer l'hémorragie au cours de l'opération comme assez fréquente. Dans aucun cas, il est vrai, nous l'avons vu être la cause immédiate de la mort; mais, survenant chez une femme déjà très anémiée, elle contribue à diminuer la

résistance de l'organisme et favorise ainsi les complications des suites opératoires que nous étudierons plus loin.

Notons que l'hémorragie se voit bien moins fréquemment depuis que la section du pédicule au bistouri ou aux ciseaux a remplacé dans une large mesure l'arrachement par tractions, qui souvent avait pour résultat de dilascérer plus ou moins la paroi utérine au niveau de l'implantation du pédicule, favorisant ainsi l'hémorragie.

b) *Rupture de l'utérus.*

Des tractions trop violentes exercées sur un pédicule épais et résistant, solidement implanté sur l'utérus, ont eu dans quelques cas pour résultat une déchirure complète de la paroi utérine, ouvrant le péritoine et mettant à nu les anses intestinales. Au cours d'un morcellement d'une tumeur remontant jusque dans l'utérus, certains chirurgiens, ayant incisé la paroi utérine sans s'en douter, furent surpris de voir apparaître les anses intestinales ou les annexes. C'est ce qui arriva à Lejars, par exemple, dans un cas que nous rapportons. Le parti à prendre alors est de faire sur le champ une hystérectomie vaginale, mais, étant donné l'infection du milieu, on comprendra facilement qu'un tel accident peut donner lieu à des péritonites qui ont de grandes chances d'être mortelles.

Cet accident a été fréquemment observé quand le polype se compliquait d'inversion utérine, la partie inversée de l'utérus ayant été prise pour le pédicule et sectionnée. Notons que les manœuvres souvent brutales de la polypectomie occasionnent dans bien des cas la formation d'une inversion.

c) *Fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.*

La libération d'adhérences contractées entre le polype et la cloison recto-vaginale ou vésico-vaginale a souvent laissé place à des fistules dont le pronostic reste toujours

douteux, étant donné la mauvaise qualité des tissus que l'on suture.

d) *Opération inachevée.*

Enfin, de nombreuses polypectomies, après un morcellement parfois très long et très laborieux, durent rester inachevées. Nous avons vu qu'en pareil cas certains auteurs conseillent de terminer par voie abdominale, la portion restant dans l'utérus étant le siège de phénomènes infectieux et sphacéliques très graves. D'autres, au contraire, prétendent qu'il vaut mieux ne pas tout enlever dans les cas de très volumineux polypes; « la portion qui reste ne suppurant que rarement et n'amenant pas en général de complications redoutables, cette méthode est donc préférable à l'ablation totale, souvent suivie de mort. » West, dans son « Traité de maladies des femmes », rapporte 4 cas d'extirpation partielle suivie de succès. Emmet, Marion, Sims, Duplay, Guéniot, Walter, Guyon, sont également partisans de cette extirpation partielle.

Cependant, dans presque toutes les observations d'intervention inachevée, que nous avons lues, la malade succomba ultérieurement. En sorte que nous sommes en droit de considérer l'impossibilité d'achever l'extirpation du polype comme une grave complication.

2° **Les complications dans les suites opératoires.**

Les complications post opératoires, très graves et très fréquentes, sont toutes sous la dépendance de ces deux facteurs sur lesquels nous avons insisté à dessein :

L'état profondément infecté et anémié de la malade;

La septicité extrême du milieu opératoire.

Signalons d'abord l'hémorragie secondaire qui a pu s'observer. Dans un cas de Pozzi, la malade mourut d'hémorragie à la sixième heure.

Très fréquemment on verra dès le lendemain de l'opération, la température se maintenir élevée et même monter, les pertes sanieuses continuer à s'écouler par le vagin. L'état général de la malade, loin de s'améliorer, semble décliner de jour en jour, et la malade succombe bientôt de *septicémie*.

Parfois la mort est hâtée par une localisation de l'infection : *pelvi-péritonite, pneumonie, escarres du sacrum*; toutes les localisations viscérales de l'infection, partie du foyer septique et charriée par le sang dans tout l'organisme, peuvent s'observer.

Ce que l'on voit très souvent aussi, c'est une malade parfois à peine sortie du sommeil anesthésique, *en quelques heures, sans présenter la moindre réaction fébrile, absolument foudroyée par une septicémie hypervirulente*. Les cas de ce genre ne sont pas rares, et en parcourant nos observations nous les trouvons même très nombreux, et il n'y a rien là qui doive nous surprendre.

On a bien désinfecté le mieux possible la cavité utéro-vaginale, mais tous les antiseptiques que l'on peut avoir employé n'ont pas la prétention de se rendre maîtres du sphacèle et de l'infection profondément ancrés dans la muqueuse et même dans la paroi musculaire de l'utérus et du vagin.

Aussi, tous les germes hypervirulents qui pullulent dans ces tissus, toutes ces sécrétions d'une toxicité extrême dans lesquelles macèrent les parois de l'utérus et du vagin, trouvent une porte largement ouverte dans les nombreuses blessures qu'une intervention aveugle et souvent brutale a produites dans ces parois. La surface de section ou d'arrachement du pédicule, surtout quand elle se complique de dilascération de la paroi utérine au point d'implantation du pédicule, réalise en quelque sorte un véritable siphon qui aspire tous les produits septiques de la cavité de l'utérus. Très souvent aussi, un désastreux débridement

vaginal, pratiqué pour améliorer les conditions de l'intervention, vient favoriser cette résorption toxique. Presque toujours la plaie de ce débridement, loin de se cicatriser, est le siège de phénomènes de sphacèle; les points de suture cèdent, ou bien, devinant l'infection qu'ils cachent, on les fait sauter, mettant ainsi à plat une vaste plaie recouverte d'un enduit putrillagineux infecte, et à travers laquelle filtrent largement les produits les plus septiques.

Cette résorption intense déverse dans la circulation en quelques heures, des quantités considérables de germes et de produits toxiques qui, diffusant avec rapidité dans un organisme déjà saturé de toxines et à bout de résistance, foudroient véritablement la malade sans qu'elle présente la moindre réaction.

B. — **DANS L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE** **D'EMBLEE.**

L'hystérectomie abdominale a été considérée comme dangereuse, étant donné le foyer infecté dans lequel on opère.

La seule complication grave à redouter est en effet un ensemencement septique du péritoine entraînant une *péritonite* mortelle. Mais il est relativement facile de l'éviter : opérant sous le contrôle de la vue et en ayant soin de bien isoler la tumeur utéro-vaginale en tapissant soigneusement les faces latérales du vagin et le cul de sac de Douglas de compresses stériles, réalisant ainsi un champ opératoire intra-abdominal hermétiquement clos tout autour de la masse que l'on se propose d'enlever, on aura le maximum de chances de ne pas ensemercer le péritoine.

Une désinfection soignée du vagin, qui n'aura pas subi le moindre traumatisme, un drainage vaginal bien effectué et, si besoin est, un drainage abdominal à la Mikulicz, diminueront encore les risques d'infection et de septicémie.

III. - RÉSULTATS OPÉRATOIRES ET PRONOSTIC

1^o. — RESULTATS DE LA POLYPECTOMIE VAGINALE.

« Sans doute, le morcellement vaginal, sous l'initiative de Péan, a réalisé de bien grands progrès. On ne peut contester qu'en possession d'une instrumentation et d'une technique satisfaisantes, nous ne craignons plus aujourd'hui d'attaquer ces énormes polypes, sphacelés ou non, que nos devanciers laissaient prudemment tranquilles... Il paraît superflu d'essayer de démontrer que les opérations actuelles ont sauvé maintes vies de malades.

Cependant, il ne faut pas croire que la polypectomie morcellante soit une opération bénigne. Je lis quelque part dans Bouilly : « Je reculai devant le morcellement par voie « vaginale qui donne des résultats désastreux dans le cas « de polypes volumineux. » (Longuet.)

Les résultats de la polypectomie vaginale sont en effet tout à fait désastreux. Pour s'en rendre compte, il suffit de jeter un coup d'œil sur les deux statistiques que nous publions dans notre chapitre des observations. La première, celle de Pozzi, comporte 13 cas opérés la plupart par le morcellement. Cinq fois sur treize l'intervention a été suivie de mort; une fois par hémorragie secondaire six heures après l'opération; les quatre autres fois par septicémie du troisième au douzième jour. Ce qui fait une pro-

portion de décès de 38,46 *pour cent*. Notons que dans un cas compté comme guérison, il y a simplement eu amélioration.

Dans la deuxième statistique, celle de Longuet, 33 cas sont rapportés dont 8 suivis de mort et deux opérations inachevées ayant entraîné la mort ultérieure; soit 10 décès. De plus, dans 3 cas la guérison a été due à une hystérectomie consécutive pratiquée sur le champ. Cette statistique donne donc, pour la polypectomie vaginale pure, une mortalité de 34,5 *pour cent*.

Une autre statistique tout à fait édifiante est celle de West, dont nous n'avons malheureusement pas pu retrouver le détail : sur 28 cas qu'il a pu réunir, il trouve 14 succès et 14 morts, soit une mortalité de 50 *pour cent*.

Dans les observations que nous rapportons, sur 11 polypectomies nous notons 6 morts et 5 guérisons, dont une après des suites très longues et très graves. Soit 54,5 *pour cent* de mortalité.

Ces chiffres, nous semble-t-il, sont suffisamment démonstratifs pour nous permettre de considérer la polypectomie vaginale comme une intervention très grave comportant un nombre considérable d'insuccès.

Nous avons vu que les polypes géants abandonnés à leur évolution, comportaient un pronostic excessivement grave, la mort s'en suivant dans la presque totalité des cas. Mais nous constatons que leur traitement par la polypectomie vaginale, bien qu'il ait sauvé un grand nombre de malades, laisse malgré tout le *pronostic* de ces tumeurs *très sérieux*, puisqu'il comporte une mortalité que nous évaluerons en moyenne à plus de 40 *pour cent*.

La voie mixte abdomino-vaginale a semblé donner des résultats plus favorables, mais les cas en sont trop peu nombreux pour que l'on puisse en tirer une conclusion nette.

2°. — RESULTATS DE L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE D'EMBLEE.

Nous avons vu que déjà l'hystérectomie consécutive à la polypectomie a souvent permis de terminer heureusement une intervention dont l'issue paraissait douteuse. Nous en trouvons 5 cas dans la statistique de Longuet, 3 de Bouilly, 1 de Marchand et 1 de Lejars, dont 4 suivis de guérison et 1 de mort (Bouilly).

Quant à l'hystérectomie abdominale d'emblée, dont nous avons malheureusement réuni que trop peu d'observations, elle a donné des résultats tout à fait surprenants. Sur les 5 *cas* que nous publions, nous notons 5 *guérisons* parfaites sans aucun incident. Nous regrettons de n'avoir pu juger les résultats de l'hystérectomie sur une plus grande échelle, mais nous estimons cependant que ces cinq succès nous permettent d'espérer que l'hystérectomie abdominale d'emblée, pratiquée plus fréquemment pour le traitement des énormes polypes utéro-vaginaux sphacelés, contribuera à améliorer dans de larges proportions le pronostic de ces tumeurs.

Pratiquée avec toutes les précautions que nous avons détaillées, cette intervention ne doit pas donner une mortalité bien supérieure à celle de l'hystérectomie en général, soit de 5 à 10 pour cent.

Nous allons voir, à propos des indications du traitement, les raisons qui nous donnent la conviction de la grande supériorité de l'hystérectomie sur les autres techniques.

IV. - INDICATIONS DU TRAITEMENT

« L'indication est claire et précise; elle se résume en un mot : il faut enlever tous les polypes géants. Tout au plus peut-on surseoir momentanément à l'opération pour travailler à la désinfection du vagin et pour relever avant comme après l'intervention, l'état général de la malade par des toniques de toutes sortes et notamment par le sérum à hautes doses. Mais il est clair que l'abstention de nos devanciers n'est plus de mise. La malade est perdue à brève ou longue échéance; il faut *l'opérer d'urgence.* » (Longuet.)

Nous pensons que l'on doit poser les indications du traitement chirurgical plus précisément que ne le fit Longuet, lorsque l'on a à faire à un polype *sphacélé* :

1° *Il faut non seulement enlever tout polype géant sphacélé, mais supprimer entièrement tout le foyer d'infection et de sphacèle.*

Nous avons vu, en effet, que le polype enlevé, il n'en restait pas moins un énorme foyer d'infection constitué par l'utérus sphacélé et infecté jusque dans sa musculature. Il faut donc *enlever l'utérus.*

2° Nous avons vu également que les lésions du vagin occasionnées par les manœuvres de polypectomie, et surtout la plaie d'un débridement vaginal, constituaient au-

tant de portes largement ouvertes au passage des produits toxiques dans le sang :

Il faut donc à tout prix éviter toute blessure du vagin et rejeter absolument la pratique du débridement vaginal dont les conséquences sont désastreuses.

En conséquence, nous estimons que *l'intervention de choix dans le traitement des énormes polypes utéro-vaginaux sphacelés, l'intervention qui réalise le mieux toutes ces indications, est l'hystérectomie abdominale d'emblée.*

Cette idée, qui nous a été suggérée par M. le Professeur Guyot et M. le docteur Jean Villar, nous l'avons trouvée déjà en germe dans le travail de Longuet, en 1889, sur le traitement des fibromes utérins : « Peut-être même qu'un grand pas serait fait si l'on renonçait au morcellement pour les polypes qui, utérus compris, sont susceptibles d'être enlevés purement et simplement par la seule voie abdominale, par hystérectomie abdominale totale. » Plus tard, Demons, en 1901, au Congrès de chirurgie, après avoir préconisé l'hystérectomie dans les cas où l'utérus est reconnu fibromateux, dit en parlant des énormes polypes remontant jusque dans l'utérus, à pédicule introuvable : « On s'expose par des tractions exagérées à produire une inversion, on fait perdre à la malade une véritable quantité de sang. Et je me suis trouvé plus d'une fois dans l'impossibilité de terminer l'opération par cette voie et dans l'obligation de recourir à l'hystérectomie abdominal faite alors dans de mauvaises conditions. Je pense donc que mieux encore que dans les cas de la première catégorie, il est préférable d'avoir recours d'emblée à l'hystérectomie abdominale. » Et il ajoute : « Par cette méthode, je n'ai eu que des résultats favorables. »

La seule objection grave qui s'oppose à l'hystérectomie est le *principe de la conservation*. Mais il ne peut guère nous arrêter. Dans la plupart des cas les malades ont eu des enfants ou ont passé l'âge d'en avoir et la conservation

de leur utérus n'est pas à considérer. La question pourra se poser en présence d'une femme jeune : devra-t-on tenter de lui conserver l'intégrité de son appareil génital et lui faire courir le risque d'une polypectomie où elle aura beaucoup de chances de perdre la vie, ou devra-t-on sacrifier ses possibilités de progéniture pour augmenter ses chances de guérison ? Problème délicat qui sera laissé à l'appréciation du chirurgien et de la malade elle-même. Nous pensons que la conservation devra être tentée lorsque nous aurons à faire à une malade jeune, d'état général relativement bien conservé, avec un polype ne présentant qu'un léger sphacèle superficiel. L'intervention de choix sera alors le morcellement par évidemment central, suivi de section du pédicule au bistouri ou au thermocautère et surtout sans débridement vaginal.

Mais si le sphacèle est avancé, si l'état général est le piteux état que présentent presque toutes ces malades, la conservation de l'utérus ne doit plus entrer en ligne de compte et l'on doit opter en faveur d'une intervention radicale.

Polypectomie vaginale - STATISTIQUE DE POZZI - (Revue de Chirurgie Fév. 1885)

	Age	Début des accidents	Etat de la malade au moment de l'opération	NATURE DE L'OPÉRATION	Accidents opératoires	TERMINAISON
POZZI	40 ans	2 ans 1/2	Anémie très grave.	Section du pédicule à l'écraseur. Évidement conoïde de la tumeur.	—	Guérison.
id.	36 »	3 ans	Anémie, cachexie, fièvre hectique.	Morcellement. - Section du pédicule au bistouri et ciseaux.	—	Guérison.
DEPAUL	36 »	3 ans	Anémie grave.	Section du pédicule au bistouri. Forceps.	—	Guérison.
id.	50 »	»	»	Morcellement par tranches. Forceps. Ablation incomplète.	—	Amélioration.
VERNEUIL	54 »	4 ans	»	Section du pédicule à l'écraseur.	—	Guérison.
CUSCO	»	»	»	Section du pédicule à l'écraseur. Morcellement par tranches.	—	Guérison.
VERNEUIL	50 »	5 ans	Anémie très grave. Septicémie.	Section à l'écraseur Desprez.	Hémorragie abondante	Mort (12 ^e jour par septicémie)
id.	40 »	»	»	Morcellement.	id.	Mort (3 ^e jour).
id.	60 »	»	Mauvais état.	Rupture du pédicule pendant l'exploration.	—	Guérison.
id.	40 »	7 ans	Anémie grave. Septicémie.	Morcellement. Énucléation de la partie utérine.	Hémorragie	Mort (6 ^e heure, hémorragie consécutive).
id.	32 »	»	Bon.	Section du pédicule à l'écraseur. Morcellement avec ciseaux.	—	Guérison.
id.	51 » (vierge)	6 ans	Mauvais.	Incision du périnée au thermocautère. Extraction incomplète en 8 fragments.	Hémorragie	Mort (8 ^e jour par septicémie).
id.	36 »	3 mois	Anémie grave.	Morcellement. Forceps.	—	Mort (7 ^e jour par septicémie).

Polypectomie pour polypes géants STATISTIQUE DE LONGUET

(Progrès médical 22 Juillet 1899)

	Nombre de cas	Morts	
Péan	8	1	Plus une opération inachevée, avec suites médiocres. Mort probable.
Bouilly	6	2	On dut avoir recours trois fois à la voie mixte abdomino-vaginale et terminer par l'hystérectomie.
Doyen	1	1	Fibrome sphacélé
Piqué	1	0	
Marchand	4	2	Dans la dernière on attaque la tumeur de suite par l'abdomen; il a fallu terminer par l'hystérectomie supra-vaginale.
Laroyenne	1	0	Mais l'opération resta inachevée et la malade succomba ultérieurement.
Régnier	2	0	
Potherat	2	0	
Quénu	1	0	
Buffet	1	0	
Lejars	3	2	Dans le troisième il fallut faire l'hystérectomie-vaginale.
Routier	2	0	
Reboul	1	0	
	33	8	Soit 8 morts, plus 2 opérations inachevées qui ont amené la mort ultérieure (Péan-Laroyenne), ce qui donne une mortalité de 30 %.
			De plus dans 4 cas la guérison a été obtenue grâce à l'hystérectomie à laquelle on a du avoir recours pour terminer l'opération. Ce qui fait qu'en réalité la mortalité pour polypectomie vaginale pure a été de 34 %.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Prise dans le service de M. le Professeur GUYOT.)

*Enorme polype utéro-vaginal infecté. Polypectomie vaginale.
Débridement latéral du vagin. Mort le troisième jour, de
septicémie.*

L. T..., 59 ans, ménagère, entre le 31 mars 1930 à l'hôpital, sur les conseils de son médecin, pour hémorragies et prolapsus utérin.

Mais, ce qui domine dans l'histoire de la malade, ce sont les métrorragies abondantes qui durent depuis une quinzaine d'années. Hémorragies de sang rouge, pur, de durée variable, dont la malade ne fait cependant aucun cas. Leur abondance est cependant parfois telle que la malade est obligée de se coucher.

Elle présente également d'abondantes pertes fétides. La malade dit n'avoir jamais eu de crises paroxystiques douloureuses. Son affection est remarquablement indolente.

Au point de vue de la miction, on ne peut signaler que de la pollakiurie. — Constipation.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Règles normales, régulières. — Elle a eu 5 enfants à 22, 31, 33, 37 et 40 ans. — Enfants en bonne santé. — Entre le premier et le deuxième, une fausse-couche.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Examen le 9 avril (par le Professeur Guyot) :

Aspect fatigué. Facies infecté.

Pouls 92. — Température 36,2.

Analyse des urines : albumine 0,08, traces de sucre.

Urée sanguine : 0,15.

Globules rouges : 4.400.000.

Tension artérielle : 17-8.

Masse vaginale très dure, très régulière, que l'on peut contourner un peu en avant avec le doigt. On n'arrive cependant pas à bout de doigt au fond des culs-de-sac.

Opération le 11 avril :

Température de stérilisation :

des gants : 123.

des compresses : 131.

des champs : 130.

des instruments : 199.

Durée de l'opération : 15 minutes.

Durée de l'anesthésie : 28 minutes.

Gros polype utérin avec suppuration abondante. Les valves mises en place après désinfection du vagin au goménol, on saisit la tumeur avec une pince de Museux. Le polype ne vient pas. — On incise alors la paroi latérale gauche du périnée en incisant le vagin très haut.

Au moment où l'on commence la fragmentation au bistouri, le polype vient brusquement et on voit son pédicule, gros comme un doigt, inséré dans le col. Le pédicule est sectionné au bistouri et cautérisé au thermocautère. A ce moment, un flot de pus s'écoule.

Hémostase de la plaie latérale; suture par points séparés. Mèche iodoformée dans la cavité utérine. La cavité vaginale est bourrée de compresses. — Sonde de Pezzer dans la vessie.
Suites opératoires :

Le lendemain : la température s'élève à 39°4 et le pouls à 120. On démèche immédiatement la malade.

Le 2^e jour : la température retombe à 37°4, mais le pouls reste élevé. — Absès de fixation. La langue est sèche et noire, respiration rapide. Facies mauvais.

Le 3^e jour : on fait sauter les points malgré une bonne apparence de la suture. Mais les tranches de section apparaissent recouvertes d'un épais putrillage. — On panse à plat avec du sérum anti-gangréneux. — Température 40°, pouls 140.

La malade meurt dans la nuit du 3^e au 4^e jour.

(L'examen histologique, pratiqué le 3 avril, a montré un fragment de muqueuse présentant les caractères du revêtement épithélial normal du museau de tanche. Cette muqueuse est légèrement infectée.)

OBSERVATION II

(Inédite. — Prise dans le service de M. le Professeur GUYOT.)

Polype utéro-vaginal énorme, sphacélé.

Polypectomie vaginale. Mort en moins de 24 heures.

M^{me} D..., 44 ans, est entrée dans le service de M. le Professeur Guyot le 21 juin 1930, pour un gros polype qui saigne abondamment.

Ce polype dépasse très nettement l'orifice vulvaire et présente le volume d'une tête fœtale.

Intervention le 22 juin. (Docteur Maille, chef de clinique.)
— Ablation d'un polype dont on dissèque le pédicule en ayant soin d'explorer au doigt la paroi utérine.

Le pédicule est sectionné à une certaine distance de l'utérus. La malade saigne abondamment. On explore avec le doigt la cavité utérine, qui mesure 12 centimètres à l'hystéromètre. Parois utérines très minces.

On bourre la cavité utérine avec trois mèches. On place une compresse dans les culs-de-sac.

Sérum. — Tonicardiaques.

La malade meurt le lundi matin 23 juin, après une nuit très calme et sans incident.

OBSERVATION III

(Résumée. — Due à l'obligeance du Docteur Jean VILLAR.)

Polypectomie. — Débridement vaginal. — Mort.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, en mauvais état général, entrée dans le service du Professeur Villar à l'hôpital Saint-André, salle 8, en 1923.

Enorme polype sphacélé remplissant le vagin. Débridement vaginal à la Schuckart; exérèse du polype en s'aidant du morcellement. — Hémorragie peu importante; choc peu marqué; et pourtant la malade succombe dans le collapsus en moins de 48 heures, avec sphacèle des parois vaginales.

OBSERVATION IV

(Résumée. — Due à l'obligeance du Docteur LAFARGUE.)

Malade de 50 ans, entrée dans le service de M. le docteur Lacouture en 1920, pour un énorme polype sphacélé apparaissant à la vulve. — Polypectomie vaginale. — Mort, dans le collapsus, le soir même de l'intervention.

OBSERVATION V

(Martin : « Société Anat. », janvier 1874.)

*Enorme polype fibreux à implantations multiples.
Polypectomie à l'écraseur. — Mort.*

41 ans. — Jamais bien réglée; un enfant il y a 12 ans, accouchement suivi de péritonite pendant 3 mois. — Depuis 3 ans, règles très abondantes, toutes les trois semaines, puis tous les 15 jours; véritables métrorragies dans l'intervalle des.

quelles il se fait un écoulement de sérosité sanguinolente. La malade sent une grosseur se développer dans l'abdomen, surtout du côté droit; elle souffre du ventre.

Depuis 4 mois, difficulté pour aller à selle; alternatives de débâcles et de constipation. — Miction difficile. — Incontinence d'urine, surtout la nuit.

Depuis 15 jours, très vives douleurs, suivies de pertes abondantes de caillots sanguins et de matière jaunâtre infecte.

Il y a 4 jours, à la suite d'efforts prolongés, une masse gangrénée à sa surface fait issue à la vulve.

Examen sous chloroforme : la masse qui fait saillie à la vulve se continue avec celle de l'abdomen et adhère à la partie latérale gauche du vagin.

Toucher rectal : toute l'excavation, le vagin, l'utérus sont remplis par la tumeur.

A gauche de la tumeur, on peut passer la main et on ne trouve aucune limite et sans pouvoir sentir le col.

Cathétérisme de la vessie : la vessie est refoulée contre le pubis.

Le lendemain de cet examen, douleurs vives dans l'abdomen; la masse apparaissant à la vulve se détache en partie. Quelques jours après, la masse gangrénée est entièrement éliminée, mais par le toucher vaginal, on sent encore une masse emplissant tout le vagin.

Le mois suivant : hémorragies, qui diminuent, puis cessent pendant 5 mois. Puis recommencent accompagnées de rétention d'urine et œdème des membres inférieurs. Surviennent alors des douleurs expulsives suivies de la sortie hors de la vulve d'un polype, gros comme une tête de fœtus à terme, qui commence à se sphacéler.

On applique la chaîne de l'écraseur linéaire de Chassaignac sur un pédicule gros comme l'avant-bras. — Le surlendemain, le polype se détache. Ce polype est fibreux et assez vasculaire et présente un certain nombre de vacuoles à son intérieur. Ecoulement puriforme par le pédicule de la tumeur présentant lui-même quelques vacuoles.

Suites opératoires : un peu de sensibilité du ventre, frissons le lendemain, nausées. — Le pédicule est dans le vagin en train de se mortifier. — Muguets, vomissements. — Écoulement par le vagin de matières grisâtres infectes. — Ventre douloureux, cyanose des extrémités. Anémie excessive (un million de globules rouges). — Mort le 5^e jour après l'opération.

Autopsie. — Petits fibromes sous-péritonéaux et interstitiels. Utérus triplé de volume, à paroi épaissie. Le col, très dilaté, se distingue à peine du vagin et ne fait sur lui qu'une saillie peu marquée.

La cavité utéro-vaginale est remplie par une tumeur fusiforme du volume d'une tête d'enfant, adhérent d'une part au fond de la cavité utérine par un pédicule large de 4 cm., et d'autre part sur le côté latéral gauche du vagin, à 5 cm. du col, par une implantation encore plus volumineuse que la première. — La muqueuse vaginale infectée se continue dans une certaine étendue sur cette deuxième implantation, à la surface libre de la tumeur, en avant et en bas.

OBSERVATION VI

(De FERGUSSON. — Résumée in thèse Odinet, Montpellier.)

Enorme polype au devant de la tête fœtale. — Forceps.

Mort par rupture utérine.

Il s'agit d'un énorme polype utéro-vaginal au devant de la tête et pris pour la tête de l'enfant. Application du forceps. Mort 48 heures après.

La malade a succombé à une rupture de l'utérus au niveau de l'implantation du pédicule.

OBSERVATION VII

(DE MACKENROT, in « Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale », 1903.)

Enorme polype fibreux de l'utérus du volume d'une tête d'enfant, qui avait été expulsé dans le vagin six semaines après un accouchement, sous l'influence d'une injection d'ergot de seigle déterminant une inversion utérine complète. Le polype était sphacélé.

OBSERVATION VIII

(DESPRÈS et BERDINEL : « Bull. de la Soc. Anat. », déc. 1875.)

Polype fibreux de l'utérus. — Expulsion spontanée. — Mort.

75 ans. — Entre à l'hôpital se plaignant de descente de matrice. Masse volumineuse dans le vagin. Le soir, expulsion spontanée d'une masse rougeâtre de 800 grammes.

Histoire de la maladie : règles régulières mais abondantes et durant 8 jours. A 51 ans, pertes de sang pendant un mois, et depuis les règles n'ont pas reparu. Il y a un an, métrorragies abondantes pendant 2 mois et depuis quelques gouttes de sang de temps en temps. — Il y a deux mois, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre, qu'elle compare à celles de l'accouchement. Ces douleurs durent 8 jours. Le matin de l'entrée à l'hôpital, pendant une quinte de toux, elle sent quelque chose qui vient faire saillie à la vulve et elle expulse un énorme polype.

Après l'expulsion : repos au lit. — Escarres du sacrum, pneumonie hypostatique, incontinence d'urine et des matières fécales, parésie des membres inférieurs. — Mort au bout d'un mois.

OBSERVATION IX

(VELPEAU et BALL : « Bull. de la Soc. de Biologie », 1862.)

Polype géant de l'utérus. — Mort par thrombose veineuse.

38 ans. — Depuis 6 mois, suppression des règles, accompagnée de douleurs vives, intermittentes, au niveau des reins et du bas-ventre. Une tumeur volumineuse remplit le vagin et proémine à la vulve. — Écoulement ichoreux, séro-sanguin, peu fétide. Paleur anémique. — Constipation opiniâtre. À la palpation, on trouve une tumeur dure remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

La malade souffre de la jambe droite depuis 2 mois. Cette jambe est le siège d'un œdème dur où la pression digitale laisse un godet, remontant jusqu'au genou.

« La malade assise sur son lit causait gaiement avec ses voisines, quand elle tombe à la renverse en agitant les bras, la face d'une pâleur mortelle, le thorax agité par des inspirations profondes et convulsives. Elle meurt, l'agonie n'ayant pas duré cinq minutes. »

Autopsie : polype fibreux gros comme les deux poings, implanté sur la surface interne de l'utérus, dilatant prodigieusement le col et donnant au vagin une ampleur égale à celle de la tête d'un fœtus à terme.

OBSERVATION X

(Résumée. — Rapport de LEJARS : « Société de Chirurgie de Paris », 30 mars 1898.)

Gros polype utéro-vaginal sphacélé. Mort par septico-pyohémie.

49 ans. — Depuis 3 ans, entre les règles, écoulement roussâtre, sans douleur. Métrorragies abondantes, fièvre; vomissements; pertes devenues fétides; pouls à 130; ventre ballonné, extrémités froides, faciès grippé, subdélire.

Dans le vagin, on trouve une masse ramollie, fétide, le remplissant entièrement et présentant toutes les nuances des chairs putréfiées : il s'agit d'un polype putréfié gros comme deux poings. Mort quelques heures après.

Autopsie : muqueuse utérine entièrement sphacélée; implantation du polype au fond. — Abscès miliaires dans le foie et les reins. — D'où mort par septico-pyohémie, ayant pour origine la gangrène du polype.

OBSERVATION XI

(TOURNEUX, in « Concours Médical », 4 mai 1927.)

Polype utéro-vaginal et rétention d'urine.

Ablation par morcellement.

47 ans. — Entre d'urgence pour rétention d'urine complète depuis 48 heures.

Métrorragies irrégulières, très abondantes, depuis 28 mois. Ne consultait pas, malgré une anémie très avancée.

Il y a 3 mois, a commencé à éprouver une sensation de plénitude vaginale. — Depuis 10 jours, elle éprouve une gêne à la miction, qui augmente progressivement. Enfin, depuis 48 heures, elle est en rétention complète.

Examen de la malade : entre les petites lèvres apparaît une tumeur grisâtre, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, comblant toute la cavité vaginale. — Il est impossible d'en faire le tour avec la main. — Odeur infecte.

Le cathétérisme de l'urètre montre que la tumeur comprime fortement l'urètre et le col de la vessie.

Ablation par morcellement. — Le polype présente de nombreux points de sphacèle. — L'ablation s'accompagne par ce fait d'écoulement de liquides purulents.

Suites opératoires très graves : nécrose des parois vaginales, expulsion de muqueuse utérine, apparition d'escarres sacrées très développées. — Vie longtemps en danger.

OBSERVATION XII

(Rapport de LEJARS : « Soc. de Chir. Paris », 1898.)

Polypectomie. — Guérison.

44 ans. — Grandes lèvres écartées par une tumeur arrondie, sphéroïde, grisâtre, ressemblant à une tête de fœtus et qui proéminait à l'extérieur au moindre effort.

Tout le vagin était distendu et le doigt ne pouvait pénétrer qu'avec peine.

Je saisis la masse entre les branches d'un forceps à dent de brochet et je constatai que la tumeur se prêtait à un mouvement de rotation étendu et facile. — Rupture du pédicule. — Extraction de la tumeur par une véritable manœuvre obstétricale.

Guérison sans incident.

OBSERVATION XIII

(DUPUYTREN : Leçons orales de Clinique chirurgicale, 1839.)

Polypectomie vaginale. — Incision du périnée. — Guérison.

50 ans. — Faible constitution. Cesse d'être menstruée à 46 ans. Prise d'écoulement en blanc abondant avec vives coliques, douleurs lombaires et inguinales. — Bains tièdes : soulagement. — Un an après, pertes en rouge 2 ou 3 fois par mois, accompagnées de faiblesse.

Toucher : tumeur volumineuse dans le vagin, lisse, remplissant en totalité la cavité du vagin dont elle avait distendu les parois. Impossible de parcourir toute la circonférence avec un doigt. — Face pâle, jaunâtre, triste, yeux ternes, peau sèche, terreuse, poulx petit et lent, peu d'appétit, digestions mauvaises et laborieuses, lassitude, pesanteur dans les lombes et dans les cuisses, coliques fréquentes, écoulement en blanc par le vagin.

Opération : Il est impossible d'attirer la tumeur hors de la vulve (vulve étroite, pas d'enfants). Incision d'un demi-pouce à la commissure postérieure; le polype est attiré au dehors; section du pédicule aux ciseaux courbes.

Bonnes suites opératoires. Guérison en quelques jours.

OBSERVATION XIV

(BUFFET. — Rapport de LEJARS, « Soc. de Chir. », Paris, 1898.)

Polype fibreux volumineux. — Prolapsus utérin.

Polypectomie vaginale. — Fistule vésico-vaginale. — Guérison.

48 ans. — Métrorragies anciennes. Depuis 6 mois, sensation de masse remplissant le vagin, cherchant à descendre. — Le 7 décembre 1895 : expulsion d'une énorme tumeur pendant entre les cuisses, retenue en haut par un pédicule. Le lendemain, état alarmant, pouls petit, pâleur de cire, vomissements. Tumeur noirâtre; sa surface extérieure présentant des traces de sphacèle. — Pédicule gros et court la reliant au vagin. — A la partie antérieure et moyenne de la masse, on voit l'ouverture du col.

Diagnostic : polype de la lèvre postérieure du col ayant produit un prolapsus complet.

Application d'un serre-nœud autour du pédicule près de la vulve. Section au thermocautère.

Guérison retardée par une fistule vésico-vaginale, qui se montre au 8^e jour, produite par gangrène. On la ferme. — Rétablissement complet. — La tumeur pesait 3 kgs 350.

OBSERVATION XV

(Résumée. — Rapport de LEJARS, « Soc. de Chir. », Paris, 1898.)

Récidive, après ablation d'un polype volumineux de l'utérus.

...Femme de 35 ans à laquelle j'avais enlevé en mars 1897 un gros polype utéro-vaginal. Six mois après, apparition d'une tumeur plus volumineuse que la première, remplissant tout

le vagin. — Le 16 octobre, je pratiquai le morcellement, et, en sectionnant le pédicule, je vis apparaître les annexes gauches. Je pris alors le parti de faire l'hystérectomie vaginale, qui fut très simple. — Guérison sans incident.

OBSERVATION XVI

(LEJARS. — Résumée in thèse de Odinet, Montpellier, 1909.)

Polype récidivé. — Extirpation totale. — Guérison.

Polype très volumineux. Section à l'écraseur linéaire de Chassaignac.

L'année suivante, la malade revient avec une tumeur de même volume. Extirpation. — Guérison définitive.

OBSERVATION XVII

(Résumée. — Due à l'obligeance de M. le docteur DUFOUR.)

Enorme polype utéro-vaginal. — Hystérectomie. — Guérison.

55 ans. — Entre en août 1928 dans le service de M. le professeur Bégouin pour un énorme polype occupant et dilatant le vagin. Une annexite suppurée bilatérale fait opter pour une intervention par voie abdominale.

Hystérectomie totale. — On est obligé de faire une incision latérale de la paroi vaginale pour accoucher la tumeur par la section vaginale trop étroite.

Drainage vaginal. — Mickulicz.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XVIII

(RAYMOND, PETIT et WEINBERG : « Soc. Anat. », juillet 1902.)

Enorme polype fibreux du col utérin remplissant et distendant le vagin. — Fibromes multiples de l'utérus. — Hystérectomie. — Guérison.

46 ans. — Réglée à 11 ans, 1^{er} et 2^e mois réguliers. Puis, cessation des règles qui réapparaissent 6 mois plus tard très abondantes mais irrégulières. Mariée à 17 ans; premier enfant à 18 ans, normal; deuxième à 23 ans. — Deux ans après, hémorragies et entre temps pertes blanches. — A 38 ans, fibrome pédiculé faisant saillie dans le vagin. — Excision. — Les pertes de sang disparaissent pendant deux ans. Règles régulières et abondantes. Peu après les hémorragies réapparaissent, fréquentes, à intervalles de quelques jours pendant lesquels la malade a des pertes blanches abondantes. — Depuis 5 ans, pertes blanches continuelles de plus en plus abondantes. — Dans les six derniers mois, la malade décrit du gonflement douloureux des seins, de la répugnance pour toutes les odeurs, une sensibilité aigüe de l'olfaction. Les trois derniers mois : fréquentes envies d'uriner, besoin d'expulser quelque chose de très lourd, comme dans l'accouchement. Pertes de sang par caillots. — Accès de fièvre violents. — Etat d'anémie grave.

Examen : malade très affaiblie, muqueuses décolorées, teint jaunâtre, terreux, aspect cachectique. — Pertes de sang.

Palper abdominal : tumeur dure, bosselée, sur la ligne médiane, remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Vulve entr'ouverte. — Toucher : on arrive de suite sur une énorme tumeur, qui descend jusqu'à 2 cm. de la vulve et remplit le vagin. — Masse dure, lisse, ronde, parfaitement régulière, du volume d'une grosse tête de fœtus. Elle distend le vagin et le remplit au point qu'on ne peut glisser entre elle et la paroi qu'une sonde Nélaton n° 10. Le doigt ne peut naturellement pas arriver jusqu'au col.

La malade se repose 4 jours prenant des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel.

Opération : chloroforme; laparotomie médiane. — Gros utérus fibromyomateux irrégulier. — Quelques adhérences avec l'épiploon, pas de lésion des annexes. Section des deux ligaments larges. — Ligature des utéro-ovariennes et des utérines. Incision du vagin. Nous voyons le col d'où sort le pédicule. Tumeur énorme dans le vagin, qui ne peut être enlevée qu'avec de fortes tractions au tire-bouchon et après que la paroi postérieure du vagin fut verticalement incisée.

Suture du vagin, puis de la paroi.

Drainage abdominal et vaginal.

Suites opératoires simples. Pas de température. Pas de suppuration. Guérison. La malade se lève le 20^e jour.

Examen de la pièce : 2 masses, le polype vaginal gros comme une tête de fœtus; la masse utérine, double du polype.

OBSERVATION XIX

(DE ROUVILLE, in thèse de Odinot, Montpellier, 1909.)

Enorme polype utérin remplissant toute la cavité vaginale; hystérectomie abdominale totale. . . Guérison.

44 ans. — 6 enfants, pas de fausses-couches. Depuis un an, les règles devenues plus abondantes durent 4 à 5 jours. — En mai 1908 : métrorragies très abondantes, avec caillots, pendant huit jours. Depuis, ménorragies et trois ou quatre métrorragies par mois.

Depuis le mois de mai également, la malade présente de la pâleur de la face, lèvres décolorées, affaiblissement général, dyspnée d'effort et palpitations. Pollakyurie, émissions involontaires d'urines, avec 10 ou 12 accidents de rétention nécessitant le cathétérisme.

La malade n'a rien remarqué d'anormal du côté de ses organes génitaux; les rapports conjugaux sont restés possibles.

Pas de constipation.

Examen. — Malade amaigrie, présente des signes manifestes d'anémie chronique.

A l'inspection, ventre normal.

A la palpation : tumeur, dure, indolore à la région hypogastrique, s'élevant à 10 centimètres au-dessus du pubis. Vulve entr'ouverte. On aperçoit près de l'orifice vulvaire une tumeur rougeâtre.

Par le toucher on trouve, occupant tout le vagin une tumeur arrondie du volume d'une tête d'enfant à terme, régulière, de consistance rénitente. Le doigt en fait le tour, mais ne peut atteindre le col ni le fond des culs-de-sac.

Par le palper et toucher combinés, on trouve que la tumeur vaginale est solidaire de la tumeur abdominale.

Opération, 2 février 1909.

Admettant, d'une part, que l'utérus contient des noyaux fibromateux et, considérant d'autre part que la malade a eu six enfants et approche de la ménopause, le professeur de Rouville a décidé de faire une hystérectomie abdominale.

Opération précédée pendant plusieurs jours de désinfection soigneuse du vagin et d'un traitement reconstituant.

Anesthésie à l'éther. — Désinfection du vagin, injection de 150 centimètres cubes de teinture d'iode.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie totale; incision du vagin sur le pédicule du polype. Accouchement du polype par cet orifice, par de fortes tractions sur l'utérus. Mèche dans le vagin, drain en T. Fermeture du vagin par un surjet. Surjet de péritonisation; suture de la paroi.

Suites opératoires. — Excellentes, apyrétiques. Ablation du drain vaginal le 4 février. La malade sort le 6 mars.

Examen de la pièce. — Gros polype, 10-12 centimètres de diamètre, rougeâtre, lisse avec quelques érosions superficielles. Pédicule de 3 centimètres de largeur, implanté au fond. L'utérus « coiffe le polype à la façon du couvercle d'une lampe à alcool ». Léger degré d'inversion utérine. Pas de noyaux dans l'épaisseur des parois utérines.

OBSERVATION XX

BOSQUETTE, in « Dauphiné Médical », Sept. 1911.)

*Polype fibreux de l'utérus. — Inversion utérine
Hystérectomie abdominale. — Guérison.*

40 ans. — Entrée pour pertes vaginales fétides et sanglantes, datant de quelques semaines.

Toucher : on sent dans le vagin une masse volumineuse, de consistance dure, quoique la surface en fut irrégulière, et qui ne présentait pas les bourgeons mollasses et saignants du néoplasme. Je fus assez surpris de sentir cette masse se fissurer dans mes doigts, et il me fut possible d'en extraire de gros morceaux représentant ensemble le volume d'une mandarine.

Le diagnostic de polype fibreux n'était pas douteux et, me méfiant des dangers bien connus d'une myomectomie vaginale aveugle, je décidais l'intervention en deux temps :

1° Opération vaginale de propreté.

2° Opération abdominale.

1° Opération vaginale : J'extrais encore sans anesthésie quelques morceaux de la tumeur fibreuse. Il reste alors dans le vagin une masse volumineuse dont le pédicule est bien senti et que l'on serait tenté de réséquer purement et simplement. Je me contente d'une cautérisation à la teinture d'iode et d'un tamponnement aseptique.

2° Le lendemain, opération abdominale : Nouvelle toilette vaginale et nouveau tamponnement aseptique. Incision médiane sous-ombilicale. L'intestin récliné, je ne trouve pas le fond utérin. A sa place, on trouve une dépression ombiliquée où pénètrent symétriquement les deux trompes. — Devant l'échec absolu de toute tentative de réduction, l'hystérectomie est décidée. — Je n'ai aucune prise pour saisir le fond utérin; je ne sais pas quels sont les nouveaux rapports de la vessie. — Une sonde introduite dans la vessie me permet de délimiter son bord postérieur et de placer au ras de ce dernier une pince de Museux, sur le bord de la dépression de l'inversion. — Le péritoine est alors incisé devant la pince et la vessie large-

ment décollée comme dans le Wertheim. J'incise alors transversalement le vagin, après avoir garni de compresses de gaze le douglas et les faces latérales du vagin. — La tumeur est alors luxée à travers la brèche vaginale, et la section du vagin complétée. Le moignon vaginal est celui d'une hystérectomie totale.

Drainage vaginal par une mèche, suture incomplète du vagin. — Péritonisation au-dessus de la mèche. Je n'étais pas sans inquiétude, étant donnée la septicité considérable du foyer opératoire, sur les suites de cette opération qui furent cependant assez simples. — On observe pendant les quinze premiers jours une suppuration partielle sans désunion des lèvres de l'incision abdominale et un écoulement purulent vaginal par la mèche sous-péritonéale. La malade se rétablit rapidement.

Examen de la pièce : Il s'agit d'une inversion utérine totale et la première intervention vaginale avait décortiqué toute la partie polypeuse qui représentait le volume d'une orange. La tumeur enlevée par voie abdominale ne représentait plus que le corps utérin étranglé, en inversion totale et irréductible.

OBSERVATION XXI

(G. CHEVALIER : « Marseille Médical », 25 nov. 1927.)

Volumineux polype utérin à développement vaginal, extrait par hystérectomie totale chez une vierge. — Guérison.

Vieille fille, 46 ans. — Métrorragies abondantes depuis six ans.

L'examen vaginal est interdit par la présence de l'hymen.

Par le toucher rectal, on sent une tumeur pelvienne présentant les caractères d'un fibrome. — On ne peut pas sentir le col à travers la paroi rectale. — Laparotomie : on trouve le corps utérin et les annexes normaux comme dimension et disposition. Au-dessous d'eux, fibrome de la grosseur du poing au niveau du segment inférieur. — On sectionne les ligaments

larges pour libérer l'utérus et l'élever; de cette façon, on élève la tumeur. On constate alors que la tumeur est intra-vaginale. Le vagin est allongé et élargi, se moule sur la tumeur.

Section du vagin en arrière et sur les parties latérales. — Enucléation de la tumeur par cette ouverture. — On s'aperçoit à ce moment que la tumeur est un volumineux polype de 8 à 9 centimètres de diamètre, arrondi, dont le pédicule est exactement entouré par l'anneau cervical aminci, masquant ainsi à travers le vagin épaissi la démarcation d'avec le corps utérin, ce qui explique que le col n'a pu être senti au toucher rectal.

Les uretères n'ont pas été vus, ce qui s'explique par la distension et l'élévation extrême du vagin.

La tumeur enlevée, la cavité vaginale se présente sous l'aspect d'une vaste poche à orifice supérieur de 5 à 6 centimètres de diamètre, plus large à sa partie moyenne, là où elle se moule sur la dimension maxima du polype, et à parois considérablement épaissies. (Demi-centimètre.)

Désinfection iodée de cette cavité. — Drainage par l'orifice vulvaire, et suture de l'orifice abdominal par un surjet.

Suites simples.

CONCLUSIONS

I. Nous réservons la dénomination d'énormes polypes utéro-vaginaux à « ceux qui remplissant la cavité du vagin ne laissent pas le doigt arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres. »

II. Tout leur intérêt réside dans les deux caractères essentiels suivants :

1° Ils se compliquent toujours de sphacèle et d'infection.

2° L'état général de la malade est toujours déplorable : l'organisme est anémié par les pertes de sang et infecté par la résorption toxique qui se produit au niveau de l'utérus.

III. Le traitement doit être avant tout préventif : tout polype utérin diagnostiqué doit être opéré.

IV. Le traitement curatif est exclusivement chirurgical.

La polypectomie vaginale par morcellement, qui a été considérée jusqu'à maintenant comme traitement de choix,

est une opération difficile, présentant de nombreuses complications et donnant des résultats déplorables.

Les conditions essentielles de succès étant l'ablation *totale* du foyer d'infection et le ménagement des parois vaginales, l'hystérectomie abdominale totale d'emblée, qui réalise parfaitement ces indications, doit être l'intervention de choix.

Ses résultats opératoires sont incomparablement supérieurs à ceux de la polypectomie.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 Juillet 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE.

- AGOSTINI. — *Montpellier Médical*, 1885.
- BALADE. — Etude sur la gangrène des myômes utérins. Thèse de Paris, 1875.
- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876, p. 666.
- BÉRARD. — *Archives générales de médecine*, t. II, p. 88.
- BERDINEL. — *Bull. de la Société anatomique*, 1875.
- BOIVIN et DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1835.
- BOSQUETTE. — *Dauphiné médical*, sept. 1911.
- BQUILLY. — *Mercredi Médical*, 1890 (n° 18).
- BROWKILLO. — De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux à large pédicule; Thèse de Paris 1881.
- BUFFET. — Polypes fibreux utéro-vaginaux sphacélés. Rapport de Lejars. — Soc. de Chir. de Paris, 30 mars 1898.
- CHARACHON et MOLIN. — *Lyon Médical*, 1^{er} juillet 1928.
- CHEVALIER. — *Marseille Médical*, 25 nov. 1927.
- DEBENAIS. — Thèse de Bordeaux 1921. Sphacèle des polypes.
- DECORNIÈRE. — Expulsion d'un polype fibreux de l'utérus. Rapport de Routier; Soc. de Chir. de Paris, févr. 1893.
- DEMARQUAY et SAINT-VEL. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.

- DEMONS. — Choix de l'intervention dans le traitement des gros polypes fibreux de l'utérus. — 14^e Congrès français de Chir., Paris, 1901.
- DESPRÈS et BERDINEL. — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1875.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, 1833 et 1839.
- FAURE (J.-L.). — Traité de Gynécologie.
- GUYON. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation, 1860.
- KÆBERLÉ. — Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes. — *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1888, n^o 4.
- LEJARS. — *Leçons de Chirurgie*, 1895. — Rapport; *Bull. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898.
- LEVRET. — Mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin. *Mémoire de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1795.
- LONGUET. — De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins : myomectomie et polypectomie. — *Progrès Médical*, juillet 1899.
- MARTIN. — Enorme polype fibreux à implantations multiples. *Soc. anat.*, janvier 1874.
- MILLIOT. — Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus. — Thèse de Paris, 1873.
- MOLIN et CHARACHON. — *Lyon Médical*, 1^{er} juillet 1928.
- ODINOT. — Des polypes fibreux utéro-vaginaux. — Thèse de Montpellier, 1909.
- PÉAN. — Ablation des polypes par morcellement. — *Gazette des Hôpitaux*, 1866 et 1889.
- PELLANDA. — La mort par fibromyomes utérins. — Thèse de Lyon, 1905.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
— Etude sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes). *Revue de Chir.*, fév. 1885.

RAYMOND, PETIT et WEINBERG. — Enorme polype fibreux du col utérin remplissant et distendant le vagin. — Soc. anat., juillet 1902.

TOURNEUX. — Quelques complications rares des polypes fibreux de l'utérus. Leçons cliniques, Concours médical, 4 mai 1927.

VELPEAU et BALL. — *Bull. de la Soc. de Biologie*, 1862.

VERNEUIL et NEPVEU. — Polype fibreux utérin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1869.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	Page 9
INTRODUCTION.....	» 11
PREMIÈRE PARTIE.....	» 14
I. - Historique	» 14
II. - Etiologie et Pathogénie	» 17
III. - Anatomie Pathologique	» 18
IV. - Symptomatologie	» 22
V. - Évolution et Complications... ..	» 29
VI. - Diagnostic	» 33
DEUXIÈME PARTIE. TRAITEMENT.....	» 39
I. - Les Techniques	» 41
II. - Accidents et Complications Opératoires ..	» 50
III. - Résultats Opératoires et Pronostic	» 55
IV. - Indications du Traitement	» 58
STATISTIQUES	» 61-62
OBSERVATIONS	» 63
CONCLUSIONS	» 81
BIBLIOGRAPHIE.....	» 83

Imprimerie d'Albret - G. ROULLEAU - 100, Cours d'Albret, Bordeaux - Téléphone 85.467
